Rok XLVIII. Kraków, dnia 1. maja 1909. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu farmakologicznego Uniwersytetu lwowskiego.

Nowe ciało w ustroju, podnoszące ciśnienie krwi.

Na podstawie badań wyciągów z grasicy, mózgu, gruczołu tarczowego, trzustki i ślinianek

podał

Prof. Dr L. Popielski.

Podczas badań nad fizyologicznemi własnościami wyciągów z narządów zauważyłem, że w tych przypadkach, w których ciśnienie krwi obniżało się tylko mało i na krótki przeciąg czasu, następnie występowało wzmożenie ciśnienia krwi. Zjawisko to przy stosowaniu możliwie oczyszczonej wazodilatyny, otrzymanej z narządów, nie występowało więcej. Należało więc wnosić, że następne podnoszenie się ciśnienia krwi nie zależy od wazodilatyny, ale jest związane z obecnością w narządach osobnego ciała. Przy pewnych warunkach, na których w tej chwili zatrzymywać się nie będę, wazodilatyna rozpada się w wyciągach z narządów, a wtedy wprowadzenie do krwi wyciągu wywołuje tylko wybitne wzmożenie ciśnienia krwi.

To właśnie następowało przy użyciu wyciągu z grasicy. Wyciąg z tego narządu przygotowany na wodzie i 0,36% HCl, wywoływał już w nieznacznej ilości (HCl i wody dodawałem tyle, ile ważyła wzięta grasica) ogromne wzmożenie ciśnienia krwi, przyczem najpierw występowało przyśpieszenie (w 20-ej sek. 14 uderzeń zamiast 6 uderzeń w normie za 5″) uderzeń serca, a następnie w okresie podniesionego ciśnienia występowały duże i rzadsze uderzenia. W 90-ej sekundzie częstość uderzeń powracała do normy, a wysokość uderzeń wynosiła n. p. 19 mm., zamiast 15 mm. w normie. Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić w 10—15″ — powoli, dochodzi do maximum w 90″, utrzymuje się na tej wysokości kilka sekund i powoli w ciągu kilkunastu minut powraca do normy. Jako klasyczna ilustracya do wyżej powiedzianego może posłużyć Fig. 1, która przedstawia część krzywej ciśnienia krwi naturalnej wielkości. W tem miejscu, gdzie dolna linia podnosi się, wprowadzono do żyły udowej psa wagi 4800,0 z przeciętym rdzeniem kręgowym pod przedłużonym, 5 cm^3 rozczynu ciała, przygotowanego w następujący sposób: Kwaśny wyciąg (na 0,36% HCl) w grasicy po zobojętnieniu odparowano do sucha w szalce Hofmeistra z piaskiem. Sproszkowaną suchą pozostałość wyciągnięto wyskokiem absolutnym i strącono rozczynem sublimatu w wyskoku absolutnym. Strąt sublimatowy rozłożono H_2S, zobojętniono i 5 cm^3 wprowadzono do żyły udowej. Na krzywej widać, że ciśnienie krwi podniosło się z 40 mm. Hg do 106 mm. Hg. W okresie podnoszącego się ciśnienia krwi za 5″ mamy 14 uderzeń serca zamiast 6 uderzeń w normie. Ciała mineralne nie były przyczyną opisanego zjawiska, gdyż po spaleniu i rozpuszczeniu w wodzie, nie otrzymywałem żadnego podnoszenia się ciśnienia krwi. Ciało więc to należy do szeregu ciał organicznych. Z wyciągu, odparowanego do sucha, wyskok absolutny wyciąga to ciało całkowicie. Z wyskokowego rozczynu rozczyn wyskokowy sublimatu strąca to ciało. Octan ołowiowy obojętny nie strąca go. Również nie strąca go kwas fosforowolframowy tak, że zapomocą tego odczynnika można oddzielić je od wazodilatyny, która się kwasem fosforowolframowym strąca. Również nie strąca się to ciało chlorkiem platynowym w rozczynach wyskokowych. Zapomocą bezwodnego eteru z dokładnie wysuszonego wyciągu nie można tego ciała wyciągnąć, jak również nie można go strącić z wyskokowych i wodnych rozczynów nawet przy bardzo wielkim nadmiarze eteru (1 : 5—6).

Przy gotowaniu i odparowywaniu, przynajmniej w rozczynach zasadowych, obojętnych i słabo kwaśnych, ciało to nie ulega rozpadowi.

Początkowo zadawałem sobie pytanie, czy nie chodzi tu o zasady purynowe, których w grasicy znajduje się dużo. Zachowanie się względem kwasu fosforowolframowego odrazu wskazywało, że ciało to nie należy do zasad purynowych, jak również, że nie jest choliną.

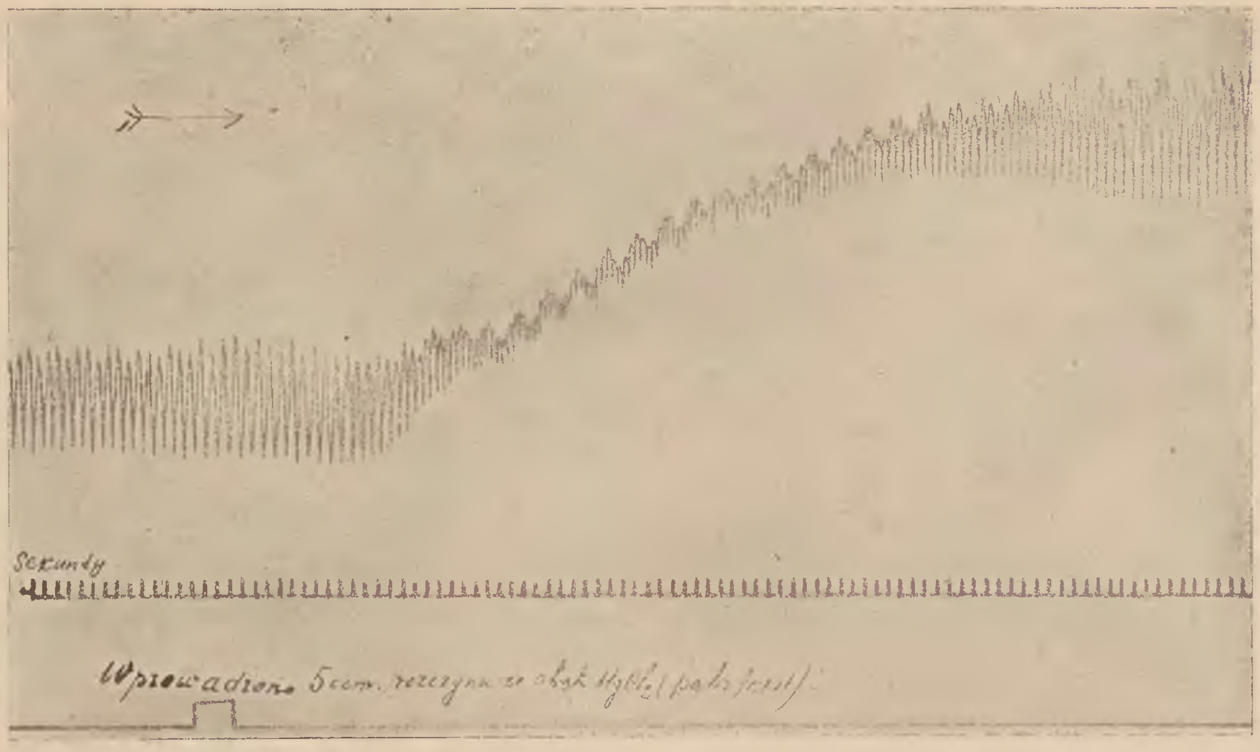
Bardzo ważnym dla charakterystyki tego ciała okazał się mechanizm podnoszenia ciśnienia krwi.

Ciśnienie krwi podnosi się po przecięciu rdzenia kręgowego pod przedłużonym i po przecięciu nn. trzewnych: podniesienie ciśnienia krwi jest więc pochodzenia obwodowego. Obwodowe działanie tego ciała jest jednak zupełnie inne, aniżeli adrenaliny.

Jeżeli przypuścić, że obwodowy narząd naczynioruchowy składa się z zakończeń nerwów naczynioruchowych i mięśni gładkich, to w takim razie zachodzi pytanie, na które z tych dwóch miejsc działa nasze ciało? Analiza fizyologiczna znacznie się upraszcza przy pomocy wazodilatyny. Przy jednoczesnem wprowadzaniu z naszem ciałem wazodilatyny, początkowo zawsze występuje tylko obniżenie ci-

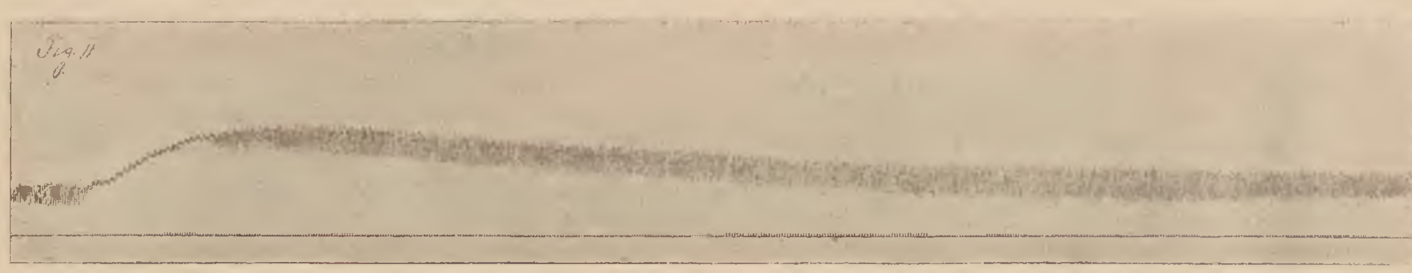
śnienia krwi, które jednak podnosi się, jeżeli naszego ciała użyjemy w nieco większej ilości. Jeżeli ciśnienie krwi podnieść zapomocą naszego ciała, to wprowadzenie wazodilatyny obniża ciśnienie krwi natychmiast. Zupełnie inaczej zachowuje się względem wazodilatyny adrenalina, która zawsze w obecności wazodilatyny podnosi ciśnienie krwi.

Otóż zachodzi pytanie, na którą z tych dwóch części obwodowego narządu naczynioruchowego działa nasze ciało? kowy jelit. Następnie wprowadzenie adrenaliny wywołuje natychmiast podwyższenie parcia krwi. Ponieważ wiemy, że części porażone nie mogą natychmiast przejść w stan podniecenia, więc oczywiście musimy wyłączyć przypuszczenie, żeby adrenalina działała na te same części, które przez pepton Witte zostały porażone. Stąd należy wnosić, że adrenalina działa na części, położone więcej ku obwodowi, a więc na mięśnie gładkie, zaś pepton Witte na zakoń-



Na to pytanie postaram się dać odpowiedź, trzymając się ściśle faktów i istniejących w nauce poglądów.

Niewątpliwie pewien udział w podnoszeniu ciśnienia krwi bierze także i serce, gdyż początkowo występuje chwilowe przyśpieszenie uderzeń serca, a następnie, jakkolwiek częstość uderzeń serca powraca do normy, to jednak wahania tętna są znacznie większe. Co do znaczenia serca w podnoszeniu parcia krwi, to pozwolę sobie powołać się na czenia nn. trzewnych. Ponieważ nasze ciało nie podnosi ciśnienia krwi w obecności wazodilatyny, stąd więc mogę wnosić, że działa ono na te same miejsca, na które porażająco działa wazodilatyna. Czyniąc ten wniosek[1]), ściśle trzymam się poglądu, że obwodowy narząd naczynioruchowy składa się tylko z dwóch części. Gdyby jednak przyjąć, że na obwodzie mamy jeszcze jeden narząd nerwowy w postaci zwojów, w takim razie moje ciało mogłoby



pracę moję: »Ueber die Wirkungen des Chlorbaryums, Adrenalin und Pepton Witte auf die peripherischen vasomotorischen Nervenapparate«. (Schmiedeberg-Festschrift. Arch. für exp. Pathol. u. Pharm. T. LVI, S. 437).

Jeżeli obniżyć ciśnienie krwi zapomocą wazodilatyny (choćby w postaci peptonu Witte), to wtedy podrażnienie obwodowego końca nn. trzewnych nie daje żadnego podwyższenia ciśnienia. Ten wynik może zależeć albo od tego, że wazodilatyna poraziła zakończenia nn. trzewnych, albo też poraziła więcej ku obwodowi położone mięśnie gładkie w naczyniach. O porażeniu mięśni gładkich nie można mówić dlatego, że jednocześnie występuje silny ruch robaczdziałać jeszcze na tę część zwojową. W każdym razie można przyjąć za fakt, że znalezione przezemnie ciało działa

[1]) Wniosek ten wydaje się sprawozdawcy mojej pracy: »Ueber die Wirkungen des Chlorbaryums, Adrenalin und Pepton Witte auf die peripherischen vasomotorischen Apparate« (Arch. f. exp. Path. und. Pharm., Schmiedeberg Festschrift, Tom LVI, S. 437), Franzowi Müllerowi (Berlin) w »Zentralblatt für Physiologie« T. XXII., S. 831, »allerdings durchaus nicht ueberzeugend«. — Ja nie wiem, jakiego poglądu trzyma się Franz Müller, w każdym razie muszę zaznaczyć, że mój pogląd, oparty na faktach i nie przeczący faktom, jest więcej zbliżony do prawdy, aniżeli pogląd, że adrenalina drażni zakończenia nerwów zwężających, tem bardziej, że mój pogląd znajduje potwierdzenie w anatomicznym fakcie, znalezionym przez Hamburgera, że po przecięciu nn. współczulnych na szyi, kiedy włókna tego

drażniąco na nerwowy narząd naczynioruchowy obwodowy.

Ciało o takich samych własnościach chemicznych i fizyologicznych znalazłem oprócz w grasicy także w mózgu i trzustce. Wyciągi z gruczołu tarczowego, z ślinianek wtenczas, kiedy wazodilatyna w nich się rozpadła, dawały mi takie same podnoszenie ciśnienia krwi. Jednak wyciągów tych nie poddawałem wspomnianym badaniom chemicznym. Tylko co rozpoczęte badania nad krwią pozwalają przypuszczać obecność tego ciała także w morfotycznych elementach krwi.

Stąd można z pewnem prawdopodobieństwem przypuszczać, że ciało to, podobnie jak wazodilatyna, znajduje się we wszystkich narządach naszego ustroju. Na podstawie niektórych danych, a mianowicie z jednej strony chemicznych, a następnie na podstawie krzywej ciśnienia, przytoczonej w pracy J. E. Abelousa i E. Bardiera[2]) można wnosić, że ciało to przechodzi do moczu.

Ponieważ ciało, znalezione przezemnie w narządach, jest nadzwyczajnie podobne do ciała, znalezionego w moczu przez wspomnianych autorów, przeto nie chcąc wprowadzać zupełnie nowej nazwy, utrzymuję dla mojego ciała nazwę »wazohypertensyny«, podobną do urohypertensyny Abelousa-Bardiera. Dalsze badania moje nad tem ciałem są w toku. Dodam tylko, że ciało to w ilości 0,005 na 1 kg., oczywiście w stanie niezupełnie czystym, podnosi w wybitny sposób ciśnienie krwi.

Ponieważ w obecności wazodilatyny ciało przezemnie znalezione nie przejawia swojego działania, więc tem należy sobie tłómaczyć, że przy badaniu wyciągów z rozmaitych narządów uchodziło ono uwagi uczonych. Należy zaznaczyć, że Heinatz przy badaniu soku z gruczołu tarczowego widział tylko podnoszenie się ciśnienia krwi, przyczem najpierw występuje przyspieszenie uderzeń serca, t. j. widział zjawisko, opisane, a przezemnie wyżej przedstawione na Fig. 1.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. Dra W. Jaworskiego.

O wartości leczniczej surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.

Na podstawie doświadczeń poczynionych w klinice lekarskiej Uniw. Jag. w roku 1907/8.

Podał

Dr Stanisław Szurek,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

XII. M. G. l. 32 krawczyni, przyjęta 10/4 908 z rozp.: *Infiltratio apicum, tuberculoma regionis interarythenoideae operatum.* Początek choroby przed 2 laty dreszczami, potami rozpływnymi, gorączką dosyć wysoką, kaszlem uporczywym; leczona w tutejszej klinice, czuje znaczną po miesiącu poprawę, a po wyjeździe na wieś traci chrypkę. W lutym b. r. ponownie chrypka, dreszcze i poty, dwukrotne skrobanie krtani. Przedmiotowo: ciepłota między 36·9 a 39·5, tętno 112, mocz z śladem białka bez odczynu dwuazowego, waga 41·800, prątki +. Dn. 24/11 wypuszczona, przyjęta zostaje chora ponownie 4/11 w stanie niezmienionym. Dn. 8/11 pierwsze wstrzyknięcie M. S. 5 cm³ w pośladek, bez odczynu. 10/11 drugie wstrzyknięcie, kaszel, chrypka, poty, ciepłota w. 39·3, tętno 96, łaknienie dobre, kilka stolców płynnych. 12/11 trzecie wstrz. podskórne, kaszel mniejszy, poty jak zwykle, tętno 96, ciepłota 39·3. 13/11 ciepłota 39·0, tętno 108, ból głowy, kłucie w boku lewym, odczynu brak, osłabienie duże. 14/11 czwarte wstrz., ciepłota 38·6, tętno 92, silny kaszel, ból głowy, trochę dreszczy, kłucia brak. 15/11 bezsenność, silny kaszel, poty, ciepłota w. 39·4, tętno 108, osłabienie. 16/11 piąte wstrz. M. S., ciepłota 38·4, tętno 104, chrypka nieco mniejsza, ogółem czuje się lepiej. 17/11 odczynu brak, kaszel i poty mniejsze, chora czuje się znacznie lepiej, ciepłota najwyżej 38·9. 18/11 szóste wstrz., łaknienie znacznie lepsze, stolec raz dziennie, kaszel mniej dokuczliwy, tętno 108, ciepłota w. 38·6; 19/11 chora czuje się znacznie lepiej, niż dni poprzednich, ciepłota dochodzi do 39; siódme wstrz., ciepłota w. 49·1. 22/11 ósme wstrz., sen zły, ból głowy, silny kaszel, odczynu brak, chrypka bez zmiany, ciepłota 38·6. 24/11 dziewiąte, a 26/11 dziesiąte wstrz. podskórne, ciepłoty w. 39 a nawet 39·2. Od 27/11 do 14/12 przerwa dwutygodniowa, ciepłoty między 36·8 a 37·4, prątki + (w znacznej ilości), ciężar ciała 41·000, w moczu 1‰ białka, odczyn dwuazowy wyraźny, we krwi c. b. 6400, c. cz. 3,700.000, Hb. 40%; sen zły, dreszcze, poty, kłucie w boku prawym, bole głowy, kaszel i ogólne osłabienie, chrypka. Dn. 13/12 nieznaczna poprawa, kaszel mniejszy, odpluwanie skąpsze, bole głowy rzadsze, poty bardzo rzadkie, od 4 tygodni lekkie obrzęki dokoła kostek. Głos słaby, cichy, ochrypły. Stan płuc gorszy: po prawej z tyłu przytłumienie od góry do dołu, ze szmerami oskrzelowymi w szczycie, po lewej przytłumienie aż do dolnego kąta łopatki. Dn. 15/12 rozpoczęto drugą seryę wstrzykiwań podskórnych; 16/12 chora czuje się lepiej, ciepłota w. 38·7; 17/12 drugie wstrz. bez odczynu; 18/12 stan podmiotowy lepszy, głos również lepszy, ciepłota 37/7; 19/12 trzecie wstrz., stopy więcej obrzękłe, tętno gorzej napięte, ciepłota w. 38·2; 20/12 obrzęki na stopach większe, zresztą stan podmiotowy dobry, miejsca wkłucia nieco bolesne, ciepłota w. 38. 21/12 czwarte wstrz., ciepłota 37·2, w jamie brzusznej nieco płynu wolnego; 22/12 ogromne osłabienie ogólne, stolec o charakterze czerwonkowym, tętno szybkie, nikłe, słabo napięte, ciepłota w. 37·7; 23/12 osłabienie jak wyżej, obrzęki na goleniach i stopach wielkie, stolce czerwonkowe, apatya, ciepłota 38·4. Wobec ogromnego osłabienia wstrzymano dalsze wstrzykiwania. Ostatni ciężar 44.000, w moczu odczyn dwuazowy, bardzo wyraźny, białko obecne, a pod drobnowidem nieliczne ciałka czerwone, bardzo liczne wałeczki szkliste i ziarniste. 8/1 wśród postępujących obrzęków i słabnącej akcyi serca śmierć. Rozp. klin. przed śmiercią: *Phthisis pulmonum ac laryngis, ulcera intestinorum tuberc., tumor lienis minoris gradus, nephritis subacuta ex injectionibus seri antituberculosi Marmorek acquisista, anasarca, ascites.* Rozp. anatomiczne: *Tuberculosis pulmonum destructiva* (*cavernae tuberc. apicis pulm. sinistri et lobi superioris pulm. dextri, cavernae tuberc. recentes lobi medii et inferioris pulm. dextri*). *Tuberculosis caseosa nodosa disseminata pulmonum. Synechiae pleurales ambilaterales in regione apicum. Hypoplasia arteriarum. Atrophia fusca cordis. Ulcera tuberculosa intestinorum pauca. Amyloidosis disseminata lienis* (*sago*), *amyloidosis renum. Anasarca extrem. inf. utriusque. Ascites medii gradus.*

XIII. W. O. 22, słuch. uniwersytetu, przyjęty 5/3 z rozp.: *Lymphomata colli et axillae in ind. c. apicitide sin.* Od lat dziecięcych powiększone gruczoły szyjne po stronie lewej; od 4 lat powiększenie się ich znaczniejsze a nadto macalność gruczołów po stronie prawej, nieco później powiększenie nieznaczne gruczołów pachwinowych zwłaszcza po stronie lewej, od 2 lat twarde, niebolesne guzki popod prawą pachą, a od 2 miesięcy guzek poza lewym kątem szczęki dolnej; skłonność do zaziębień, częste nieżyty nosa i bole gardła; od 2 lat nieregularne dreszczyki wieczorne i wzniesienia ciepłoty, nadto silne bole głowy; od szeregu lat wzmożone pocenie się, które w ostatnich czasach się spotęgowało. Dziedziczności brak. Przedmiotowo: ciepłota między 36·6 a 37·4, tętno 80, ciężar ciała 52.000, prątki —, krew: c. b. 9400, c. cz. 5,168.000, Hb, 66%, mocz bez białka, bez odczynu dwuazowego. Od 9/3 lawatywy M. S. po 5, później 10 cm³ do 19/3. Po ostatniej lawatywie stan ogólny lepszy, chory silniejszy, poty mniejsze, łaknienie dobre, ciepłota waha się w tych samych granicach. Dn. 21/3 chory opuszczą klinikę z poleceniem

---

nerwu uległy zwyrodnieniu, adrenalina swoją drogą wywołuje zwężenie naczyń krwionośnych spojówki, a pepton Witte nie wywołuje już więcej ich rozszerzenia.

[2]) Journal de Physiologie et de Pathologie générale, T. XI, P. 35, 1909 (Janvier).

dalszego robienia lawatyw w domu. Już w czasie drugiej seryi stwierdzić można pomniejszenie się niektórych gruczołów. W czasie trzeciej seryi zmniejszenie to staje się jeszcze wyraźniejsze, przynajmniej w niektórych gruczołach, inne są niezmienione co do wielkości, a to pomniejszenie czuje i potwierdza nawet chory. Oczywiście, że zmniejszanie się to nie zdołało doprowadzić ich do stanu pierwotnego. Ogółem zużył chory 280 cm³ M. S.

XIV. M. Z. l. 21, żona dróżnika, leczona ambulatoryjnie od 25/4 z powodu *lymphomata colli*. Od roku guz po stronie lewej w okolicy podszczękowej, w środku sino-czerwony, ze skórą zrośnięty, mało ruchomy, twardy, nierówny, zrazowaty, na jego powierzchni poniżej ucha zaczerwienienie sine, wielkości korony, strupkiem zaschłym i wydzieliną pokryte, popod strupkiem małe owrzodzenie. Wymiary gruczołów poziomo 10 cm³, pionowo 8 cm³. Gruczoły nadobojczykowe lewe twarde, niebolesne, powiększone do rozmiarów orzechów laskowych i włoskich. Zresztą niema zmian w żadnym narządzie, gorączki, dreszczów ani potów. Kiłę przebyła chora przed 3 laty. Od 25/5 codziennie lawatywy M. S. (5 m³) ambulatoryjne; chora znosi je dobrze i nie skarży się na żadne uboczne przypady. Lawatyw tych dostała 3 serye po 15, między każdą piętnastką przerwą tygodniowa. Już w czasie drugiej seryi nieznaczne zmniejszenie się głównego guza; po seryi trzeciej guz stanowczo mniejszy, co sama chora przyznaje, więcej ruchomy. Ze względów kosmetycznych poradzono chorej doszczętne wyłuszczenie guza.

XV. M. K. l. 42, woźny, przyjęty dn. 5/5 908 z rozp. *Infiltratio apicis utriusque praec. sinistri, lymphomata colli.* Od roku powiększenie gruczołów szyjnych po stronie lewej, a od 4 miesięcy także i po stronie prawej, od 15 dni powiększenie gruczołów pachwinowych. Chory skarży się na osłabienie, dreszcze pod wieczór, poty nad ranem, kaszel nieznaczny z plwociną skąpą, łaknienie upośledzone, wstręt do mięsa. Dziedziczności brak. Przedmiotowo: ciepłota między 36·2 a 38·8, tętno 94 do 104, ciężar 51.000, prątki —, krew: c. b. 4000, c. cz. 3,976.000, Hb. 72%, mocz bez białka, bez odczynu dwuazowego. Dn. 10/5 pierwsza lawatywa (10 cm³) M. S., ciepłota doszła do 38·5, już po pierwszej lawatywie podmiotowo poczuł się chory znacznie lepiej i opowiada, że w pół godziny po lawatywie doznał przyjemnego wrażenia rozgrzania i wrażenia, jak gdyby mu sił przybyło, od 11/5 do 17/5 dalsze lawatywy, ciepłota między 36·2 a 38·9; chory podaje, że dreszcze stale się zmniejszają i stopniowo także zmniejszają się ostre bole brzucha, na które przedtem się skarżył. 18/6 lawatywa druga, dreszcze ustały, ostre bole w brzuchu zamieniły się w ciężkość po jedzeniu, toż samo ustały bole w nogach i krzyżach, po jedzeniu czuje się chory tylko osłabionym, ciepłota między 36·4 a 37·8. Od 19/5 do 21/5, dalsze lawatywy, które chory bierze z przyjemnością, ciepłota waha się między 36·3 a 38·4. 22/5 lawatywa czternasta; lawatywy wogóle wycieńczają trochę chorego, chory doznaje po nich większego osłabienia, ciepłota między 36/4 a 38/7. 24/5 chory dostał ostatnią lawatywę, ciepłota między 36·4 a 38·3. Ogółem otrzymał chory 150 cm³ M. S. w lawatywach. Stan chorego o tyle się poprawił, że jedyną jego skargą jest osłabienie i uczucie ciążenia w brzuchu, toż samo poprawiło się i łaknienie, ciepłota waha się ciągle między 36·0 a 37·5, a więc jest niższą od dotychczasowej, ciężar ciała 49.700. Dopiero od 9/6 ciepłota spada poniżej 37·0, podnosząc się tylko od czasu do czasu do 37·1 względnie 37·5. Z przybytkiem na wadze (1·5 kg.), w stanie znacznej poprawy, wolny od dolegliwości, opuszcza chory klinikę 24/6. Ten stan poprawy utrzymuje się aż po dzień dzisiejszy. Gruczoły powiększone pod wpływem lawatyw niewątpliwie zmalały, co nawet sam chory przyznaje, stały się więcej ruchome i zupełnie niebolesne.

XVI. L. K. l. 16, wyrobnik, przyjęty dn. 10/11 1908 z rozp.: *Lupus vulgaris.* W 6 roku życia obustronne powiększenie gruczołów szyjnych, a później zropienie, które po trzech latach się wygoiło, wkrótce potem wrzody na obu stopach i łokciach, przed 2 laty ognisko tocznia na lewej ręce a przed rokiem i na prawej, na twarzy toczeń jeszcze w 6 roku życia. Przedmiotowo: ciepłota dochodzi do 37·4, ciężar ciała 49.500, tętno 68 do 72, krew: c. b. 11.200, c. cz. 5,200.000, Hb. 60%, mocz prawidłowy. Palec mały ręki prawej przykurczony, na szyi popod szczęką dolną po obu stronach dwie duże blizny podłużne, żywo czerwone, z porozszerzanemi naczyniami, zgrubiałe, nierówne, wystające nad powierzchnię, z podstawą niezrośnięte; popod uchem prawem poza kością jarzmową niewielka, kształtu nerkowatego, zaklęśnięta, żółtawo-brunatna, powierzchowna blizna; na grzbiecie ręki prawej powyżej palca małego wyniosłość wielkości fasoli, twarda, bolesna, sino-czerwona, złożona z drobnych guzków, pokrytych łuskami; takie same nacieki na śródręczu palca wielkiego, a jeszcze większe na ręce lewej i na grzbiecie obu stóp; w górnej części przedramienia ponad kością łokciową prawą duża, owalna, cienka, miejscami sina blizna; na łokciu lewym blizna wielkości halerza, promienista, z kością zrośnięta; w połowie ramienia lewego, po stronie zewnętrznej blizna owalna, duża, cienka, blada, z promienisto na zewnątrz rozchodzącemi się kilkoma pręgami twardemi, grubszemi; od 13/11 do 3/12 10. wstrzyknięć po 5 cm³ MS. podskórnie bez odczynu miejscowego, bez podniesienia ciepłoty, przy stanie ogólnym bardzo dobrym; tak w czasie wstrzykiwań, jak i po wstrzykiwaniach, oprócz zaczerwienienia żadnej zmiany na owrzodzeniach wspomnianych stwierdzić nie było można. Od 17/12 do 12/1 maść z lanoliny z dodatkiem surowicy Marmorka w stosunku 2 : 1. Pod wpływem maści można było stwierdzić żywsze zaczerwienienie dna wrzodów bez żadnej bolesności. Po 3-tygodniowem stosowaniu tej maści, przykładanej na stałe co 24 godzin, można było zauważyć w obrębie mniejszych owrzodzeń stanowczą poprawę. Mniejsze owrzodzenia pomniejszyły się, a na obwodzie ich widać świeżo tworzący się naskórek, całkowitego jednak zabliźnienia mimo stosowania maści przez ciąg 4 tygodni nie można było osiągnąć. Natomiast w zakresie większego owrzodzenia na ręce prawej nie widać poprawy, owszem nawet pogorszenie; owrzodzenie to stało się nieco większe, miejscami głębiej powyżerane, odczyn jednak był wyraźny w postaci zaczerwienienia całego dna wrzodu, wydzieliny żółtawej, obfitszej, niż poprzednio, a i tu na obwodzie wrzodu można było zauważyć jakby tworzenie się świeżego naskórka. Dn. 12/1 1908 chory na własne żądanie opuścił klinikę.

A teraz zbierzmy spostrzeżenia te w całość, a nie będziemy mogli nazwać ich wyników zachęcającymi do dalszych prób i zadowalniającymi nasze wymogi lecznicze, jakkolwiek przyznać musimy, że materyał chorobowy, jakim kliniki wogóle, a więc i nasza, zazwyczaj rozporządzają, należy po największej części do najgorszych i do najcięższych. Wiemy dobrze, że wyników w takich razach nie można obliczać na odsetki, a tem mniej porównywać z wynikami sanatoryów, które rozporządzają i materyałem, dobranym odpowiednio i całem mnóstwem innych jeszcze czynników, na których klinikom zazwyczaj zbywa. Zawsze jednak od leczenia swoistego mieliśmy prawo domagać się i spodziewać znacznie więcej.

Ogółem przypadków leczonych MS. mieliśmy 16. z tego 12 przypadków gruźlicy płuc, 3 gruźlicy gruczołowej i 1 tocznia. Czystej gruźlicy płuc było przypadków 7, reszta powikłana zmianami krtani i jelit, skrobiawicą lub zmianami w częściach rodnych; z gruźlicy gruczołowej 2 przypadki powikłane były zmianami w szczytach płuc, trzeci zakażeniem kiłowem przebytem. W gruźlicy kostnej, narządu moczowego i otrzewnej nie próbowaliśmy MS. wcale.

Początkowo stosowaliśmy MS. wyłącznie podskórnie w dawce 5 cm³ (10 przypadków), później w jednym przypadku po seryi wstrzyknięć podskórnych przeszliśmy do lawatyw, w końcu (4 przyp.) stosowaliśmy wyłącznie lawatywy w ilości 10 cm³ jako zabieg znacznie wygodniejszy i wolny od niebezpieczeństwa, a przedewszystkiem dający możność leczenia ambulatoryjnego.

Z 12. przypadków gruźlicy czystej i powikłanej zmarło 4 (Nr 2, 4, 7, 12), pogorszenie wystąpiło u jednego (Nr 9), bez zmiany pozostało 2 (Nr 10 i 11), na dalsze wstrzykiwania nie zgodziła się jedna chora (Nr 8), poprawę podmiotową i stanu ogólnego stwierdzić mogliśmy w 4 (Nr 1, 3, 5, 6); poprawa ta atoli w 2 (Nr 1, 6) trwała krótko i wkrótce przypadki te poza kliniką, jak nas wieści doszły, zakończyły się śmiercią.

Ani w jednym przypadku nie mogliśmy pod wpływem

MS. stwierdzić w oczy wpadającej poprawy, któraby powoli i statecznie szła naprzód. Tego, co piszą niektórzy o pojawianiu się w krótkim czasie pod wpływem M. S., ogólnego uczucia zdrowia i podniesienia łaknienia nawet w ciężkich przypadkach, tego w gruźlicy płuc nie spostrzegaliśmy ani razu, a nawet ta wiara i to zaufanie, jakie budzi u każdego chorego nowy lek, słabła u większości chorych z biegiem czasu i traciła tak dalece na swej suggestywnej sile, że musiano używać różnorakich wykrętnych argumentów, ażeby chorych do dalszego leczenia się MS nakłonić. W żadnym przypadku gruźlicy płuc poprawa nie była tak widoczna i zastanawiająca, ażeby ją z całem prawdopodobieństwem można było położyć wyłącznie na karb surowicy Marmorka; pobyt w klinice, leżenie w łóżku i forsowne żywienie sprowadza często tak znakomite wyniki i takie poprawy podmiotowe w tym naszym gruźliczym proletaryacie, że przypisywanie tych wyników MS. byłoby błędem. Piszą niektórzy, że pod wpływem M. S. po dłuższym lub krótszym czasie u większości gorączkujących nastaje spadek ciepłoty. My u naszych gorączkujących nie uzyskaliśmy ani razu cieptoty prawidłowej taksamo, jak nie zdołaliśmy wstrzymać postępu sprawy gruźliczej. Naprzeciw 7 przypadków bez poprawy (lub zmarłych) stoją 4 przypadki z poprawą, z tego 2 z wątpliwym skutkiem; liczba nie przemawiająca na korzyść swoistego leczenia sposobem Marmorka. W gruźlicy więc płuc działania MS. nie możemy na podstawie naszego doświadczenia nazwać dodatniem, temwięcej, że i przedmiotowo wykazalnej poprawy w żadnym przypadku nie stwierdziliśmy, a jakkolwiek z początku niekiedy pojawiał się jakby wpływ dodatni na stan ogólny, to jednakowoż zjawisko to trwało zwykle krótko i prawdopodobnie zależało nietyle od surowicy, ile od ogólnych warunków, zmienionych na korzyść dla chorego.

Natomiast z 3 przypadków gruźlicy gruczołowej w 2 powikłanych zmianami szczytów płucnych, pod wpływem lawatyw MS. stan ogólny się poprawił, a we wszystkich trzech — gruczoły, przynajmniej niektóre, zmalały. To zmniejszenie się gruczołów nie doprowadziło wprawdzie powiększonych gruczołów do całkowitego powrotu do wielkości prawidłowej, nie obejmowało wszystkich, ale tylko pewne z nich, zawsze jednak było i dla badającego stwierdzalne, jak i dla chorego widoczne.

Objawów Richerowskiej »anaphylaxie«, tej potęgującej się stopniowo nadwrażliwości ustroju na powtarzane kolejno dawki surowicy mimo stosowania M S. przeważnie podskórnego, spostrzegaliśmy stosunkowo mało, i tylko w 4 przypadkach. Ten odczyn surowiczy był jużto miejscowy, jużto ogólny, a pojawiał się najczęściej w postaci obrzmienia, zaczerwienienia i bolesności w miejscu wkłucia, powiększenia i bolesności gruczołów pachwinowych, dość często w postaci bolów głowy, bezsenności, niemocy członków, bolów brzucha i biegunki; raz tylko widzieliśmy zaczerwienienie okolicy stawów, bole o charakterze gośćcowym w kończynach i stawach i osutkę w postaci licznych, drobnych plamek różowych. Zmiany te po kilku dniach zazwyczaj ustępowały, nie wymagały żadnej interwencyi z naszej strony i wyjątkowo tylko czyniły konieczną przerwę wstrzykiwań. Lawatywy znosili wszyscy chorzy bardzo dobrze bez żadnych ubocznych objawów za wyjątkiem chorego Nr 15, który twierdził, że lawatywy wycieńczają go i sprowadzają osłabienie większe, jakkolwiek i on znosił je wybornie. I z pewnością te nieprzyjemne uboczne przypady, które inni spostrzegali, a których my widzieliśmy stosunkowo mało, nie były powodem, żeśmy w końcu lawatywom dali pierwszeństwo nad wstrzykiwaniami podskórnemi. Podskórne stosowanie wydawało nam się zawsze właściwszem, bo tu surowica w dawce określonej wsysa się bezpośrednio do krwi, gdy przy lawatywach nigdy się nie wie, jak wielką jest dawka, która z płynu wprowadzonego ulega wessaniu. Stąd i my, zgodnie z wielu innymi, surowicy Marmorka nie uważamy za niebezpieczną lub szkodliwą i mniemamy, że do jej stósowania podskórnego tylko nieliczne przypadki się nie nadają. A teraz rozdzielmy, że tak powiem, chorobę na jej składniki, t. j. objawy, i zastanówmy się nad wpływem surowicy na każdy z nich poszczególny.

Co do ciepłoty, to wpływ surowicy na nią w naszych doświadczeniach był ujemny, często niekorzystny. Ta podwójnie działająca surowica tak szczególnie skuteczna, jak piszą, na gorączki trawiące, w naszych przypadkach nie działała przeciwgorączkowo. Po największej części ciepłota pozostawała bez zmiany; w kilku przypadkach (Nr 4, 8, 9) stwierdzaliśmy wśród wstrzykiwań i podczas przerw podnoszenie się ciepłoty ponad poziom dotychczasowy, a tylko w jednym przypadku (Nr 15) ciepłoty niższe, a w końcu spadek ciepłoty do prawidłowego poziomu. Również i w przerwach między wstrzykiwaniami nie byli nasi chorzy wolni od gorączki. Jednem słowem w naszych przypadkach surowica nie wywierała żadnego wpływu na tor gorączki i nie działała na nią obniżająco.

Tożsamo wpływu surowicy na przyspieszenie częstości tętna nie możemy również za innymi potwierdzić; u naszych chorych tętno bywało zmienne, zależne od wahań ciepłoty, a nie zależało od surowicy, jak inni mniemali.

Na przypadłości podmiotowe po największej części surowica nie działała łagodząco. Kaszel nie malał, a w szczególności w nocy nie stawał się mniejszy; przeciwnie niejednokrotnie z początkiem doświadczeń bywał tak gwałtowny, że zmuszał do ponownego podania usuniętych na początku narkotyków.

Na ilość plwociny wpływu wyraźniejszego surowicy również nie zauważyliśmy; odkrztuszanie nie stawało się skąpsze, albo plwocina płynniejszą, obfitszą. Krwioplucia pod wpływem surowicy nie spostrzegaliśmy ani razu. — Wpływu M. S. na pomniejszanie się ilości prątków w plwocinie nie możemy również w przeciwieństwie do innych autorów potwierdzić z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie prątki rzeczywiście znikły. W innych pozostawały one w równej ilości, a jeżeli czasem wydawało nam się, że ilość ich zmalała, to pomniejszenie to było zawsze pozorne, zależne od czysto mechanicznych przypadkowych warunków. Ażeby z poprawą stanu ogólnego one »gwałtownie« (rapid) znikały, na to nie możemy się zgodzić. I u większości naszych chorych zakażenie było mieszane a stósowana przez nas surowica podwójna nie działała lepiej, niżby działała pojedyncza.

Sen, łaknienie, poty, dreszcze zachowywały się zmiennie, a jakiegoś zwrotu wybitniejszego w kierunku dodatnim nie można było stwierdzić przy stósowaniu tej surowicy.

Sen naszych chorych pod wpływem M. S. nie był ani »spokojniejszy«, ani bardziej »orzeźwiający«.

Pod wpływem M. S. waga ciała ma »wzrastać z tygodnia na tydzień«. W naszych spostrzeżeniach tylko u 3 stwierdzić mogliśmy przybytek wagi (Nr 1 + 5 kg, Nr 12 + 2 kg (obrzęki), Nr 15 + 1½ kg); u reszty chorych ciężar ciała stale spadał.

O odczynie dwuazowym piszą niektórzy, że pod wpływem M. S. znika, u nas tylko w 1 przypadku (Nr 3) znikł, w jednym (Nr 2) słaby zamienił się na wyraźny, w 3 (Nr 6, 7, 9) nie istniejący pierwotnie pojawił się mimo leczenia, w 2 (Nr 4, 12) istniejący od początku nie znikł. O działaniu M. S. na krwinki białe, a mianowicie na występowanie leukocytozy nic pewnego powiedzieć nie możemy; w tym kierunku nie robiliśmy spostrzeżeń.

Na stan przedmiotowy w płucach surowica albo nie wywierała wpływu, albo mimo surowicy sprawa postępowała nieubłaganie aż do końca; przytłumienia pozostawały w tych samych granicach (Nr 6), albo postępowały dalej, rzężenia stawały się jużto skąpsze (Nr 9), już też obfitsze, już też pojawiały się w dalszych, przedtem klinicznie zdrowych częściach miąższu (Nr 1, 3, 4, 7, 12). Wzrost rzężeń na początku leczenia stwierdzaliśmy nieraz; ażeby jednak rzężenia stawały się »wilgotniejsze« »i płynniejsze« (lockerer), nie odnieśliśmy takiego wrażenia. Że niekiedy rzężenia stopniowo znikały, a w pomyślnych razach całkiem ginęły i ustępowały miejsca szmerom nieoznaczonym, to i my spostrzegaliśmy, ale wśród innych niepomyślnych oznak nie uważaliśmy tego za równoznaczne z poprawą stanu przedmiotowego. Upośledzone oddychanie w częściach płuc zajętych nie stawało się swobodniejsze, liczba oddechów nie malała, głębokość oddechów nie rosła, jamy nie znikały. Powrotu odgłosu jawnego i czystych szmerów pęcherzykowych, pojawiania się zagęszczeń w częściach nacieklych, blizn, jednem słowem jakiegoś trwałego polepszenia stanu przedmiotowego nie powiodło się nam zauważyć ani razu, przeciwnie w większości przypadków stwierdzaliśmy szerzenie się sprawy gruźliczej jużto powolniejsze, jużto szybsze.

Z 3 dołączonych do historyi chorób protokołów sekcyjnych nie widać także, ażeby surowica w jakikolwiek sposób działała hamująco na postęp choroby.

Natomiast co do gruźlicy gruczołowej, to na podstawie naszego doświadczenia, zebranego w 3 przypadkach, stanowczo powiedzieć możemy, że surowica Marmorka wywołuje zmniejszanie się niektórych przynajmniej gruczołów, nie usuwa coprawda konieczności zabiegu operacyjnego, wywiera jednak pewien wpływ, który zadowolnia chorego i naocznie dowodzi, że surowica jakieś działanie na zmienione gruźliczo gruczoły wywiera.

W toczniu to działanie jeszcze wyraźniej się uwidocznia. Tu maść z dodatkiem M. S., stosowana miejscowo, na obwodzie owrzodzeń ułatwia zabliźnianie się i pokrywanie naskórkiem, a na większych owrzodzeniach sprowadza odczyn wyraźny dna wrzodów. Wpływ ten nie jest tak potężny, by choć najmniejsze owrzodzenie zdołał doprowadzić do zabliźnienia i uczynić zbytecznym zabieg doszczętny, jednakże wpływ ten zawsze jest do pewnego stopnia leczniczy i swoisty, skoro pod działaniem jakiejś maści obojętnej poprawa w tym stopniu uzyskać się nie daje.

Zbierając spostrzeżenia i wyniki nasze we wnioski, wolne od uprzedzeń, sądzimy, że mamy prawo powiedzieć na podstawie naszego doświadczenia: Surowica Marmorka wywiera pewne swoiste, leczące działanie. Działanie to naocznie widzieć można na owrzodzeniach toczniowych; jest ono jednakowoż za słabe, by choć najmniejsze owrzodzenie wygoić. Działanie to dostrzega się jeszcze w gruźlicy gruczołowej, ale tak nieznaczne, że najmniejszego z powiększonych gruczołów nie może doprowadzić do zaniku. Istnieje ono prawdopodobnie i w gruźlicy płuc, ale w stopniu tak małym, że w gruźlicy pierwszego stopnia nie zdoła nic więcej sprawić, niż wszystkie dotychczas nam znane i powszechnie stosowane czynniki, w gruźlicy drugiego i trzeciego stopnia nie zdoła ani na chwilę wstrzymać postępu choroby; przemijające zaś poprawy w tej nieobliczalnej chorobie zdarzają się tak często pod wpływem nieznacznej nawet zmiany zewnętrznych warunków, że trudno je kłaść na karb swoistości surowicy Marmorka.

Surowica Marmorka w gruźlicy, sądzimy, działa rzeczywiście antytoksycznie; działanie to atoli jest tak słabe, że wpływ jego ujawnić się może tylko w gruźlicy gruczołowej i wesprzeć nieznacznie nasze usiłowania lecznicze w gruźlicy pierwszego stopnia; w gruźlicy dalej posuniętej jest surowica środkiem bezsilnym i bezskutecznym. Również i w zakażeniach mieszanych nie zdoła surowica sprowadzić poprawy, jeżeli ta poprawa i bez surowicy nie miała wystąpić.

Surowica Marmorka jest nieszkodliwą i bezpieczną, żadnych poważniejszych ubocznych działań nie wywiera i długi czas, zwłaszcza w lawatywach, dobrze bywa znoszona.

Stąd też na podstawie naszego doświadczenia nie możemy surowicy Marmorka uważać za »wielki krok naprzód« w walce z gruźlicą, jak głoszą niektórzy, ani za »non plus ultra« do zwalczania gruźlicy. W palącem wszystkich nas pragnieniu posiadania jakiegoś środka swoistego przeciwko gruźlicy surowica Marmorka stanowi niewątpliwie pewien krok naprzód, ale krok niewielki, bo jej wartość antytoksyczna jest stanowczo za mała, by mogła jej wyrobić trwałe miejsce wśród środków przeciwgruźliczych. Trzeba się koniecznie o coś więcej pokusić. Surowica Marmorka pokazała nam tylko, że na drodze biernego uodporniania można uzyskać środek, któryby działał swoiście, ale jego siła i wartość lecznicza musi być wiele razy większa od wartości surowicy Marmorka, jeżeli ma on sprowadzić jakikolwiek zwrot w dotychczasowem leczeniu gruźlicy, a wyniki nim uzyskane muszą mieć znaczenie niedwuznacznego, klinicznego doświadczenia, jeżeli mamy weń uwierzyć i nazwać go środkiem naprawdę leczniczym.

JW. Prof. Drowi Wal. Jaworskiemu, dyrektorowi kliniki lek. Uniw. Jag., składam słowa gorącej podzięki za rady, wskazówki i zachętę do niniejszej pracy.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Kochmann. **Wpływ wyskoku na ustrój głodzony.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 11). K. przeprowadzał badania nad wpływem wyskoku na ustrój głodzony, a to w celu

rozstrzygnięcia pytania, ważnego w życiu praktycznem, czy ewentualnie, n. p. w wojsku, u turystów i t. p. może w razie braku pokarmów wyskok przedłużać życie. Badania swe przeprowadzał K. na królikach, którym najpierw podawał przez pewien czas zwykłe pożywienie, a potem jednym wstrzykiwał podskórnie wyskok, a drugim wodę. Z badań swych doszedł do następujących wniosków: 1) Przez odpowiednio dobraną dawkę wyskoku przy wstrzykiwaniach podskórnych udaje się zwierzętom głodzonym przedłużać życie, natomiast dawki za duże przyspieszają śmierć. 2) To korzystne działanie wyskoku polega na zaoszczędzaniu białka i wody. 3) W większych dawkach działa wyskok moczopędnie. Na podstawie tego poleca też K. wyskok w małych dawkach tam, gdzie n. p. wskutek warunków zewnętrznych odżywienie jest niedostateczne (wypadki na wycieczkach, w wojsku i t. d.), lub też tam, gdzie dany osobnik nie chce lub nie może dostatecznie się odżywiać (gorączkujący, ciężko chorzy i t. p.). *A.*

Comessatti. **O wartości odczynu ocznego żaby i o pewnych własnościach adrenaliny.** (*Archiv f. exper. Pathol. u. Pharm.* T. 60., Z. 3., marzec, 1909). Adrenalina silnie zwęża źrenicę w wyłuszczonem oku żaby, ale nie każde ciało działające taksamo w równych warunkach jest adrenaliną. Brenzkatechina, hydrochinon, kwas salicylowy, rezorcyna, mogą wywierać na oko żaby takież działanie. Badania zaś autora wykazują, że wodne rozczyny soli kuchennej mogą działać, aczkolwiek nie szybko, podobnie, a rozczyny, zawierające ponad 1·25% NaCl, mogą wywoływać zmętnienie soczewki. Wynika z tego, że wartość odczynu ocznego w moczu, co do jego znaczenia dla ewentualnej obecności adrenaliny, musi być bardzo ograniczoną. Jest bowiem prawdopodobne, że odczyn ten w znacznej części zależy od obecności NaCl w moczu. Dodatni odczyn oczny w surowicy krwi, może — zdaniem C. — obudzić tylko przypuszczenie obecności adrenaliny w krwi i to pod tym warunkiem, że w 20—30 minut wyraźnie dodatnio wystąpi. Tylko wtedy ma mierną, choć rzeczywistą wartość. Jednakowoż jest rzeczą prawdopodobną, że dodatni odczyn, otrzymywany z 10 do 20 razy rozcieńczoną surowicą ludzi chorych na zapalenie nerek, zależy od obecności adrenaliny. Dotychczas nie znamy innego, we krwi znajdującego się ciała, któreby w takich rozcieńczeniach surowicy zwężało źrenicę. Na podstawie dalszych swych badań stwierdza C. dość powolną dyalizę adrenaliny. Przy doświadczeniach jego zupełna dyaliza wymagała 20—26 godzin. Wreszcie stwierdził C. doświadczalnie, że zawarta w surowicy ludzkiej adrenalina posiada poza żywym ustrojem dość znaczną trwałość (rezystencyę). *Wł. Kluger.*

Comessatti. **Wyciąg z trzustki, a adrenalina.** (*Archiv f. exper. Pathol. u. Pharm.*, T. 60., Z. 3., 1909). Doświadczenia autora, których opis trzeba przeczytać w oryginale, zdają się dowodzić, że pomiędzy wyciągiem z trzustki, a adrenaliną nie istnieje chemiczny antagonizm. Temsamem pozostaje nadal niewyjaśnione zjawisko, że po wprowadzeniu do ustroju wyciągu z trzustki i adrenaliny, cukromocz albo wcale się nie pojawia, albo ogranicza się do minimalnych ilości cukru. Z doświadczeń autora wynika dalej, że niema również antagonizmu chemicznego między adrenaliną, a surowicą krwi i między adrenaliną, a wyciągami z wątroby, nerek lub śledziony. Wpływ antagonistyczny wyciągu z trzustki na podnoszenie się parcia krwi, wywołane przez adrenalinę, jest wątpliwy. *Wł. Kluger.*

Medycyna wewnętrzna.

L. Isler. **Polyserositis fibrosa.** (*Wiener med. Wochen.* 1909, NN 1—2). Cierpienie to opisał w 1896 r. F. Pick pod nazwą: »Pericarditische Pseudolebercirrhose«; następni autorzy nazywali je zwykle chorobą Picka, już jednak w 1897 Heidemann zwrócił uwagę na zajęcie w tej sprawie chorobowej kilku błon surowiczych, przedewszystkiem osierdzia i otrzewnej, z tworzeniem się wysięku i złogów włóknika, stąd nazwa »polyserositis fibrosa«. Część autorów szukała pierwotnej przyczyny choroby w wątrobie, zwłaszcza w zmianach jej torebki (»Zuckergussleber« Curschmann). Wreszcie omawiana choroba w ostatnich czasach (1908 r.) została nazwana przez Neissera »Morbus Bamberger«, wobec tego, iż słynny ten klinicysta już w roku 1872 podał jasny jej obraz.

Choroba ta była przedmiotem licznych dociekań w ostatnich latach, dotąd jednak istnieją znaczne różnice w poglądach na istotę jej i etyologię. [Porównaj ciekawą pracę Prof. Wiczkowskiego w »Tygodniku lekarskim« z r. b. *Przyp. spraw.*]. Isler podaje opis przypadku tem ciekawszy, iż spostrzegany od r. 1900 do 1908 i zakończony śmiercią i oględzinami pośmiertnemi. W obrazie klinicznym na pierwszy plan wysuwała się puchlina brzuszna znacznego stopnia z żółtaczką, lecz bez powiększenia wątroby i śledziony. Po śmierci stwierdzono wybitne zajęcie wszystkich błon surowiczych, które były bardzo zgrubiałe, białawo zabarwione, pozrastane z obok leżącymi narządami. Osierdzie było zupełnie zarośnięte i zwapniałe, tak że serce pokryte było twardą, 2—3 mm grubą powłoką i wyglądało, jakby zwapniała stwardniała kula (»Kalkherz«). W poglądach swych na istotę cierpienia I. przyłącza się do zdania Neissera, iż niepodobna stwierdzić, która mianowicie błona surowicza jest pierwotnym punktem wyjścia sprawy chorobowej: czynnik szkodliwy musi krążyć we krwi, oddziaływując przedewszystkiem na osierdzie i torebkę wątroby. Co do etyologii, to autor nie podziela poglądu Rosego i inn. o gruźliczej podstawie cierpienia. W jego przypadku nie było też śladów żadnych gruźlicy. Wobec tego, iż chory trzykrotnie przechodził zapalenie płuc, możliwem jest, iż dwoinki, względnie ich toksyny, były przyczyną cierpienia, jak to stwierdził niedawno w swym przypadku z kliniki Neissera Latzel. *Dr St. Rudzki.*

Romanowski. **Leczenie chorób gruzełkowych niedotlenionymi związkami fosforu.** (*Wracz. Gazeta* 1908, Nr 8). Gruźlica, kiła i trąd należą do grupy chorób, których podstawą anatomiczną jest zdaniem Romanowskiego zawsze gruzełek, zbudowany ze znanych składników: tworów olbrzymich, komórek nabłonkowatych i nacieku drobno-komórkowego, a skłonny do zserowacenia. Oprócz podobieństwa anatomicznego choroby te mają jeszcze i pewne kliniczne podobieństwo: są to choroby przewlekłe, którym stale towarzyszy niedokrwistość. Zmiany układu nerwowego stanowią w tych chorobach objaw bardzo wczesny, chociaż klinicznie nie rzucający się w oczy. Charakterystyczną też cechę tych chorób stanowią owrzodzenia przewlekłe, z następowemi głębokiemi bliznami. Nakoniec choroby te nie poddają się leczeniu doszczętnemu i dają nieskończoną ilość nawrotów.

Dwojaki charakter chorób tych, sprawiających w miejscu którędy wtargnął zarazek, powstawanie niestałego jakby nowotworu a w całym ustroju zwyrodnienie narządów i cherę ogólną, zależy zdaniem autora od tego, że toksyny bakteryjne, działając na komórki ustroju, wywołują przedewszystkiem wzmożony rozkład jąder komórkowych, których ważną część stanowi fosfor. Rozkład ten, zupełnie podobny do rozkładu fizyologicznego, jest tylko silniejszy i nierównomierny. Jeżeli tedy we krwi jest niedostateczna ilość fosforu, czy to wskutek tego, że pokarm zawiera go mało, czy też wskutek tego, że pokarm niedostatecznie wchłania się z przewodu pokarmowego, to następuje względny brak fosforu, a co za tem idzie — obniżenie działalności komórek. Wobec tego autor mniema, że wskazane jest tutaj podawanie fosforu w postaci łatwo przyswajalnej. Chociaż posiadamy już cały szereg przetworów fosforu (fosfatynę, sanatogen, fitynę i t. d.) do wewnętrznego użycia, jednakowoż przetwory te mało nadają się do zapełnienia braku fosforu w ustroju, ponieważ zawierają kwas fosforowy, połączenie, całkowicie nasycone tlenem i niezdolne do dalszej przemiany. Z drugiej znów strony wprowadzanie do ustroju fosforu »per se« jest nieracyonalne, ponieważ drobina fosforu jest zanadto złożona, wskutek czego działanie jego jest nierównomierne i zbyt silne. Najbardziej nadają się do użycia związki fosforu niedotlenione: kwas fosforawy, podfosforawy i nakoniec hypotetyczny kwas PH_2 (OH), którego znane są tylko związki pochodne organiczne. Mieszaninę tych kwasów niedotlenionych nazwał autor fosfacydą, i działanie jej przedstawia w sposób następujący. Wodór tych kwasów może być zastąpiony przez jakiekolwiek białko; tym sposobem powstaje białko fosforowe, które ulegając rozmaitego rodzaju przemianom daje ostatecznie kwas nukleinowy; ten zaś kwas przy utlenianiu się i hydratacyi przechodzi w kwas moczowy i fosforowy, które w chwili wywiązywania się działają bakteryobójczo. Dlatego to zdaniem autora leczenie gruźlicy, kiły i trądu polegać powinno na systematycznem nasycaniu ustroju fosforem aż do pojawiania się kwasu moczowego w ogniskach chorobowych. W miarę nasycenia fosforem wydzielają się endotoksyny, wywierając na ustrój działanie trujące. Powstaje tym sposobem odczyn, tak, jak przy leczeniu tuberkuliną. Leczenie chorych na gruźlicę polegać więc ma na tem, żeby po wstrzyknięciu fosfacydy otrzymać lekki, ale wyraźny odczyn. Odczyn polega przedewszystkiem na podniesieniu ciepłoty na 2—3 dzień po wstrzyknięciu; jednocześnie pojawia się uczucie niedomagania, osłabienie, brak apetytu, wzmożony kaszel, bole w kończynach i ogólne rozdrażnienie, a czasami senność. Po kilku dniach, jak podaje autor, nieprzyjemne te objawy znikają i pojawia się uczucie zdrowia, siły, apetyt poprawia się, zmniejsza się duszność i kaszel.

Wtedy znowu wstrzykuje się takąsamą, lub cokolwiek większą dawkę. Najmniejsza dawka 0,05; można dojść do 3·00.

Ze 146 chorych na gruźlicę, leczonych tym sposobem przez autora, u 98 miało wystąpić polepszenie, t. j. powstrzymanie sprawy miejscowej, wzrastanie wagi ciała i ilości hemoglobiny. U 23 chorych wynik był niejasny. U 25 chorych nie było żadnego polepszenia, w tej liczbie 13 zmarło.

Co się tyczy kiły, to autor starał się przedewszystkiem wypróbować ten sposób przy ciężkich zmianach krtani, nerwobolach kiłowych, kile mózgu, wiądzie rdzenia, zapaleniu nerwu wzrokowego, porażeniu postępującem. Prawie we wszystkich takich przypadkach, jeżeli leczenie było przeprowadzane dostatecznie długo, następowało, jak podaje autor, wyraźne polepszenie i zatrzymanie się sprawy. Wogóle odniósł autor wrażenie, że przy takim sposobie leczenia kiły i zmian pokiłowych, wyleczenie następuje zawsze (?) i dlatego porzucił dalsze badania w tym kierunku i zwrócił całą swą uwagę na leczenie gruźlicy.

Zastanawiając się nad pytaniem, jakie przypadki gruźlicy nadają się do takiego leczenia, sądzi autor, że uleczalne są wszystkie te przypadki gruźlicy płuc, kości, stawów, w których jeszcze nie nastąpiło zwyrodnienie narządów wewnętrznych. Za nieuleczalne zaś uznać należy te przypadki, w których przy istnieniu grubo-bańkowych rzężeń, plwocina wykrztuszana bywa w bardzo niewielkiej ilości, gdzie tętno stale przekracza 120, gdzie uporczywe rozwolnienie nie daje powstrzymać się zapomocą żadnych środków, gdzie przy istnieniu jam uporczywy kaszel nie daje się usunąć żadnym narkotykiem. Przy powikłaniach ropnych i zapalnych należy co do wstrzykiwań zachować nadzwyczaj wielką ostrożność. Dowodów skuteczności i swoistości swego sposobu leczenia dopatruje się autor w następujących jeszcze okolicznościach: 1) Jednocześnie z ogólnem polepszeniem składowe części plwociny znacznie się zmieniają, pojawiają się formy inwolucyjne laseczników, a wreszcie i one znikają, w plwocinie pojawiają się kryształki kwasu moczowego. Ciałka wielojądrzaste znikają, natomiast znajduje się więcej limfocytów. Jądra komórek w miarę nasycenia ustroju fosforem zwiększają się, barwią się słabo, a w nich pojawiają się wakuole. Przeciwnie przy gruźlicy postępującej, jądra są małe i barwią się silnie. 2) Przy leczeniu tym sposobem świnek morskich, zakażonych gruźlicą ludzką, następuje w mniejszym lub większym stopniu zwyrodnienie włókniste narządów wewnętrznych. 3) Jeżeli rosnącym świnkom morskim wstrzykiwać fosfacydę po 0,2—0,4, co 2—3 dni, to rosną one prędzej i mają więcej podściółki tłuszczowej. Próby zakażenia takich świnek gruźlicą ludzką wypadły ujemnie. 4) Odsetek hemoglobiny we krwi zwiększa się od 90% do 100%; zwiększa się też waga ciała. *Dr L. Mańkowski.*

Pedyatrya.

Pehn et Chalier. **O wrodzonej gruźlicy.** (*Archives de médecine des enfants.* Nr 1 i 2 1908).

Sprawą wrodzonego zakażenia gruźliczego zaczęto się zajmować od r. 1873, kiedy Charrin opisał dosyć typowy pod tym względem przypadek. Odtąd ukazało się kilka prac tej sprawie poświęconych (Arloing, Londe i Thiercelin, Straus). W r. 1898 G. Küss w znakomitej swej pracy o dziedziczności gruźlicy zebrał wszystko, co było ogłoszone; nagromadzony materyał rozklasyfikował, poddał ocenie krytycznej i wysnuł wnioski. Od tego czasu opisano jeszcze kilkanaście przypadków, do których P i C. dołączają dwa własne spostrzeżenia. Autorzy poddają surowej krytyce wszystkie przypadki, opisane po r. 1898 (nie objęte pracą Küssa) i dochodzą do wniosku, że się zbyt lekkomyślnie mówi o gruźlicy wrodzonej. Baumgarten twierdził, że gruźlica u dzieci bierze swój początek w okresie płodowym, ale zarazek gruźliczy pozostaje w ustroju w przeciągu mniej lub więcej długiego czasu w stanie utajonym i dopiero czynniki zmniejszające odporność ustroju, wyprowadzają go z tego stanu. Jeżeli teorya ta niekiedy się sprawdza, nie można jej jednak uważać za prawidło ogólne. W każdym przypadku objawów gruźliczych u niemowląt, należy najpierw rozstrzygnąć pytanie, czy zarazek dostał się do ustroju przed, czy po urodzeniu. Tu się często napotyka na wielkie trudności. Wogóle tylko wtedy można uważać rzecz za prawdopodobną, gdy od urodzenia niemowlęcia minęło nie więcej, niż jeden miesiąc. Niektórzy, jak np. Lebküchner, uważają za wrodzone przypadki takiej gruźlicy, kiedy u dziecka, mającego nawet kilka miesięcy, stwierdza się daleko posunięte zmiany anatomiczne, które ich zdaniem nie zdążyłyby się rozwinąć, gdyby zakażenie nastąpiło później, po urodzeniu. Że to zapatrywanie nie jest słuszne, przekonywamy się ze spostrzeżeń Wassermana, Haushaltera i innych, gdzie zmiany gruźlicze daleko posunięte stwierdzano u niemowląt kilkotygodniowych, jako sprawę nabytą. Za przykładem Küssa, P. i C. dzielą spostrzeżenia na dwie kategorye. Do pierwszej zaliczają przypadki gruźlicy wrodzonej bez zmian anatomicznych (2 przypadki, 1 własny). W obu spostrzeżeniach nie stwierdzono ani makroskopowych ani mikroskopowych zmian w tkankach płodów matek, zmarłych na gruźlicę. Zakażenia gruźliczego dowodzi fakt zakażenia zwierząt przez przeszczepienie (w obu przypadkach) cząstek łożyska i wątroby płodu. Spostrzeżenia gruźlicy wrodzonej ze zmianami anatomicznemi dzielą autorzy na 1) ujemne, 2) wątpliwe i 3) dodatnie. Z pomiędzy ujemnych zaznaczamy przypadek Ricarda, który dlatego autorzy uważają za ujemny, że z rodziców chorego gruźlicę miał tylko ojciec. Tymczasem ojciec nie ma żadnego wpływu na dziedziczenie gruźlicy. Dotychczas nie opisano ani jednego przekonywającego przypadku — ani u ludzi, ani u zwierząt — gruźlicy, przekazanej przez ojca. Wątpliwe są te przypadki, gdzie badania przeprowadzono nie dość ściśle, lub gdzie wiek dziecka przekroczył jeden miesiąc. Z 20 opisanych przez Küssa, jako dodatnich, P. i C. uznają 16; z opisanych po 1898 roku — 6, które wytrzymały surową krytykę. Do 11 przypadków bez zmian G. Küssa dodają 2 (1 własny). Wszystko to razem stanowi 35 przypadków. Ta liczba wskazuje, jak rzadko się zdarza wrodzone zakażenie gruźlicze. Dlatego każdy podejrzany przypadek należy badać szczegółowo. Należy zwrócić uwagę na stan matki, na początek jej choroby (podczas ciąży, czy przedtem), rozwój, czas trwania, siedlisko, zmiany w narządach płciowych, stan zdrowia ojca (dla wyświetlenia jego wpływu). Baczną uwagę należy zwrócić na łożysko, które bezwarunkowo należy zbadać mikroskopowo i przez szczepienie na zwierzętach. Następnie koniecznie należy przeprowadzić badanie pępowiny. Badania powinny być możliwie ściśle. Zdarza się bowiem. że zmiany przymiotowe uważa się za gruźlicze i odwrotnie, zwłaszcza, jeżeli się poprzestaje na badaniach histologicznych (komórki olbrzymie nie są właściwe tylko gruźlicy).

Pytania, od czego zależy zakażenie płodu i kiedy ono następuje, dotychczas nie rozstrzygnięto ostatecznie. Löfler utrzymywał, że dostęp laseczników do płodu zależy od zmian gruźliczych w narządach płciowych matki. Tymczasem te zmiany stwierdza się nie często. Nocard, Schmorl i Kockerl twierdzą, że dopiero zmiany martwicze w łożysku otwierają drogę lasecznikom, gruźlica zaś łożyska nie koniecznie wywołuje gruźlicę płodu. Co się tyczy czasu, kiedy następuje zakażenie, to tylko raz jeden stwierdzono gruźlicę płodu czteromiesięcznego; zwykle stwierdza się gruźlicę dopiero w 5 miesiącach i później. W okresie płodowym niema zakażenia. Gruźlica matki może na ciążę wywierać wpływ dwojaki, zależnie od czasu, kiedy nastąpiło zakażenie matki. Z doświadczeń D'Arigo u zwierząt wynika, że zakażenie samiczek w ciąży wywołuje poronienie, chociaż łożysko i narządy wewnętrzne płodu pozostają bez zmian; natomiast poronienie należy do wyjątków u samiczek, które przed zapłodnieniem już miały gruźlicę; w tym przypadku łożysko i płód dopiero w drugiej połowie ciąży zawierają laseczniki. Co się tyczy usadowienia się gruźlicy wrodzonej, to błędnem jest zapatrywanie Baumgartena, Kelscha i innych, którzy pierwsze miejsce wyznaczają gruźlicy gruczołów chłonnych, gdyż zmiany w gruczołach są wtórne; najczęściej spotyka się zmiany w wątrobie. W płucach w przeważnej liczbie spostrzeżeń zmian nie wykryto. Gruźlicę wrodzoną stwierdza się drogą poszukiwań laseczników we krwi żyły pępkowej, albo przez szczepienie na zwierzętach, albo wreszcie przez barwienie laseczników w skrawkach histologicznych. Te ostatnie badania często stwierdzały siedlisko laseczników w świetle naczyń. Z tego powodu Heitz twierdzi, że większość przypadków gruźlicy wrodzonej bez zmian jest zakażeniem podczas konania, gdyby bowiem zakażenie nastąpiło wcześniej, toby drogą badania mikroskopowego stwierdzono mniejsze lub większe zmiany w tkankach. Przebieg kliniczny nie daje pewnych rękojmi co do rozpoznania. — Ostatecznie autorzy wysnuwają wniosek o doniosłem znaczeniu praktycznem; ponieważ dotychczas opisano tylko 35 niewątpliwych przypadków wrodzonej gruźlicy, należy przeto uważać ją za niezmiernie rzadką i dlatego nie można uważać dzieci rodziców gruźliczych za skazane na gruźlicę, ponieważ one gruźlicy jeszcze nie mają i chowane w odpowiednich warunkach higienicznych, mogą uniknąć zakażenia. *S. Dulewicz.*

Simon Flexner i James Jobling. **Wyniki leczenia zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych surowicą przeciwmeningokokową na podstawie 400 przypadków.** (*Archives of Pediatrics.* Nr 10, 1908).

Spostrzeżenia zbierano w różnych miejscowościach Stanów

Zjednoczonych, Kanadzie i Anglii, z mniejszych lub większych epidemii i sporadycznych przypadków. Do statystyki i zestawienia krytycznego autorów weszły tylko przypadki, badane bakteryologicznie. Wyniki oceniano, uwzględniając wiek chorych, dzień choroby, wpływ na przebieg, wpływ surowicy na meningokoki, płyn mózgowordzeniowy i leukocytozę.

W wieku poniżej 1 roku		wyzdrowiało	zmarło.
leczono surowicą	22 przyp.	11	11 (50%)
pomiędzy 1 a 2 rokiem	19 «	11	8 (42 «)
« 2 a 5 «	68 «	52	16 (23 «)
« 5 a 10 «	79 «	70	9 (11 «)
« 10 a 20 «	105 «	80	25 (24 «)

Najmłodsze dziecko z leczonych surowicą z wynikiem pomyślnym miało 1 miesiąc.

Podług dnia wstrzyknięcia ścisłe dane udało się autorom zebrać co do 361 przypadków:

Wstrzykn.		wyzdrowiało	zmarło.
1 do 3 dn. chor.	w 123 przyp,	107	16 — 16,5%
4 do 7 « «	w 126 «	96	30 — 24 «
po 7 dniach	w 112 «	73	39 — 35 «

Dane co do przypadków, w których surowicę wstrzykiwano po 7 dniach (zaliczono tu i przypadki o przebiegu kilkotygodniowym) dowodzą, zdaniem Flexnera, iż dopóki w płynie stwierdza się meningokoki i szkody wyrządzone układowi nerwowemu mogą jeszcze być naprawione przez odradzanie się, surowica może mieć jeszcze działanie pomyślne. W przypadkach, gdzie surowicę zastosowano wcześnie, spadek odsetki śmiertelności jest aż nadto widoczny.

Co do wpływu na przebieg, to z 273 przypadków, gdzie autorzy mogli zużytkować dokładne dane, 200 wykazywało poprawę powolniejszą (per lysin) w 73 czyli około 30% po wstrzyknięciu surowicy choroba została przełomowo przerwana. W 228 wyleczonych przypadkach czas trwania objawów chorobowych głównych nie przekraczał 11 dni.

Wybitny wpływ, zdaniem autorów, wywiera wstrzyknięcie surowicy na same meningokoki: liczba ich wybitnie się zmniejsza, spostrzega się je tylko wewnątrzkomórkowo, podlegają szybko zwyrodnieniu, tracą żywotność na pożywkach.

Pod wpływem surowicy zmętnienie płynu szybko znika; twierdzą to autorzy nawet co do płynów wyraźnie ropnych. Liczne badania krwi przed i po wstrzyknięciu surowicy przekonały autorów, że leukocytoza we krwi po wstrzyknięciu surowicy szybko się zmniejsza, spostrzegano nawet raptowne spadki liczby ciałek białych wraz z wyjaśnieniem się płynu i zniknięciem meningokoków. — Brak tego wpływu świadczy zdaniem autorów źle co do rokowania. Nawroty przy leczeniu surowicą zdarzały się znacznie rzadziej, a jeszcze rzadziej niepomyślnie się kończyły podczas nawrotu przypadki, w których zastosowano surowicę wcześnie i w dostatecznych dawkach. Wyleczenie przeważnie było zupełne, z powikłań pozostawała jedynie głuchota, ale i to w niewielu przypadkach i tylko tych, gdzie objawy ze strony uszu wystąpiły jeszcze przed wstrzyknięciem surowicy.

J. Brudziński.

Charles Hunter Dunn. **O leczeniu zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych surowicą przeciwmeningokokową na podstawie 40 przypadków.** (*Archives of Pediatrics.* Nr 10, 1908).

Surowicę wstrzykiwał Dunn zawsze do kanału kręgowego, wstrzykiwał ją nawet w późniejszych okresach choroby. W razie otrzymania przez nakłucie lędźwiowe płynu mętnego surowicę stosowano natychmiast, w razie zaś otrzymania płynu przezroczystego czekano na wynik badania bakteryologicznego. Poprzestawano na jednorazowem wstrzyknięciu w przypadkach, w których nastąpiła wybitna poprawa wraz ze spadkiem ciepłoty do poziomu prawidłowego, w przeciwnym razie stosowano surowicę co dzień, dopóki taka poprawa nie nastąpiła, nie dłużej jednak, niż 4 dni z rzędu. Niekiedy należało po przerwie znowu wstrzykiwać, w przypadkach cięższych wstrzykiwano nawet 2 razy na dobę. Zwykła dawka wynosiła 30 cm^3, największa 45 cm^3. W przypadkach, gdy udawało się wypuścić małą tylko ilość płynu mózgowordzeniowego, dawkę zmniejszano aż do 10 cm^3. Na 40 przypadków leczonych surowicą zmarło 9 (22%), wyzdrowiało 31. Z wyleczonych — u 2 pozostały następstwa (głuchota i ślepota). Zupełne wyleczenie w 72% przypadków. Śmiertelność innych lat wynosiła w Bostonie w tym samym szpitalu dziecięcym 58—80%. Z 9 zakończonych śmiertelnie przypadków 5 było przewlekłych w bardzo późnym okresie choroby. Autor podkreśla, że wybitne działanie surowicy Flexnera uwydatnia się więcej jeszcze u łoża chorego; przebieg przy leczeniu surowicą stanowi zdaniem jego kontrast zupełny z przebiegiem przy dawnych sposobach leczenia — co się wyraża spadkiem ciepłoty przełomowym lub zwalniającym, wybitnem polepszeniem stanu ogólnego wraz z ustąpieniem niektórych objawów (zamroczenie, bredzenie, ból głowy, przeczulica, stężenie karku, wymioty) i skróceniem całego przebiegu, co uderzało w porównaniu z długością przebiegu w tym samym szpitalu w innych latach. Autor potwierdza w zupełności wpływ surowicy na same meningokoki; (zmniejszenie się ich liczby, wewnątrzkomórkowe położenie).

Nawroty zdarzają się i przy leczeniu surowicą i wymagają dalszego jej stosowania. Działanie surowicy było zdaniem autora tem wybitniejsze, im wcześniej ją zastosowano; w późniejszych okresach choroby naogół nie widział autor wpływu dodatniego; spostrzegał jednak i wyjątki od tego prawidła, radzi więc wstrzykiwać surowicę w każdym przypadku.

J. Brudziński.

Manicatide: **W sprawie stosunku bakteryi czerwonki do zapalenia okrężnicy u dzieci** (*Compt. rend. de la soc. de Biol.* Nr 34 1908). Zapalenie okrężnicy (*colitis*) u dzieci ze wszystkich zaburzeń przewodu pokarmowego najbardziej zbliżone jest do czerwonki dorosłych. Autor w ciągu kilku lat szukał u dzieci w odpowiednich przypadkach bakteryi Shiga-Kruse. Wszystkich spostrzeżeń zebrał 54; tyczą się one przeważnie dzieci w wieku od kilku miesięcy do roku życia; tylko 13 dzieci było starszych. Bakterye Shiga-Kruse powiodło się autorowi wykazać tylko w 5 przypadkach i to u dzieci, które wszystkie miały więcej, niż 5 lat. Próba aglutynacyjna dawała bardzo nieokreślone wyniki. Leczenie surowicą przeciwczerwonkową było bezskuteczne. Wobec tego wszystkiego autor mniema, że zapalenia okrężnicy u dzieci w Jassach i okolicy (gdzie autor robił badania) nie są wywoływane przez prątki Shiga-Kruse.

Dr L. Mańkowski.

Senftleben. **Leczenie krztuśca.** (*Deut. med. Wochschr.* Nr 2. 1909). Autor za lek swoisty przy leczeniu krztuśca uważa antypirynę i bardzo ją gorąco poleca. Stosuje ją u dzieci od 7 do 12 lat po $^{3}/_{4}$ gr. 3 razy dnia, u dzieci starszych 3 r. dnia po 1 gr. Gdy dziecko jest małe, podaje lek w lawatywach. Po 5 dniach leczenia występuje znaczna poprawa, po 10 dniach leczenie przerywa się na 8 dni, poczem znown się je przez 8 dni powtarza. Wyniki ma S. bardzo dobre, zwłaszcza gdy leczenie wcześnie zostaje podjęte.

Dr Skórczewski.

Higiena.

Kruse. **Przyczynki do higieny wody.** (*Zeitschr. f. Hygiene* T. 59, 1908, str. 6—94). Pod powyższym tytułem mieści się 8 rozmaitych prac, zawierających wiele doświadczenia praktycznego i wyników badań autora.

1. Prosty przyrząd nurkowy dla poboru wody składa się z probówki grubościennej, zawierającej w części dolnej dla obciążenia śrut zatopiony, od góry zamkniętej doszlifowanym korkiem szklannym. Korek od dołu otwarty, ma postać baniatą, od góry zaś zatopioną krótką rurkę szklaną. Rurka, zanurzona wraz z kurkiem do wody, nabiera ją kroplami powoli i służy dobrze do poboru wody z głębi bez wydatnej domieszki wody powierzchownej.

2. Spostrzeżenia przy badaniu wód gruntowych co do zawartości bakteryi. W 2 przypadkach, w których rodzaj gruntu odpowiadał wszelkim wymaganiom, zawierała woda czerpana ze studni, bitych w głębokości 6 m, wiele bakteryi. Stan ten nie zmienił się po odkażeniu rury sposobem Neissera, przy użyciu którego otrzymywał Kruse kikakrotnie wyniki takie same. Należało wobec tego przyjąć, że woda gruntowa w tej głębokości zawiera jeszcze bakterye. W jednym wypadku o 1 m głębsze wbicie rury do ziemi, w drugim przemieszczenie na małą odległość studni wystarczało do uzyskania wody prawie jałowej. Spostrzeżenia te świadczą, że nawet w głębokości większej, niż 4 m, ziemia rodzima zawiera ogniska nieczyste.

3. Znaczenie obecności bakteryi okrężnicy w wodzie. Wbrew zdaniu innych higienistów występuje Kruse ze zdaniem, że obecność nawet jadowitych bakteryi okrężnicy w wodzie nie przemawia przeciw dobroci wody; jego zdaniem wielu przecenia z przyczyn rozmaitych częstość pojawiania się bakteryi okrężnicy w wodzie. Próbie wykazania tej bakteryi odmawia on tego znaczenia, jakie posiada zwykłe określenie liczby bakteryi w wodzie. Nietrudno zresztą zamienić ją z bakteryami grupy *B. cloacae;* próba fermentacyjna Ejikmanna przy 46 C.

jest za mało czuła i nie może służyć do oceny dobroci wody. Próba w formie dowolnej może być użyta jedynie jako próba ilościowa, nie zaś jako jakościowa i służyć do pomocy przy stosowaniu innych metod badania wody, nie może zaś ich zastąpić.

4. Rzadkie zanieczyszczenie wody gruntowej. Kilka wód gruntowych w pewnej okolicy oddziaływało wybitnie kwaśno i wykazywało kwaśność, odpowiadającą 1,5—5,8 cm kwasu normalnego w litrze; wolnego i związanego kwasu siarkowego znaleziono do 572 mg (SO_3), kwasu azotowego do 110 mg (NO_5), chloru do 28 mg w 1 litrze. Przed 20 laty z górą pękła komora ołowiana położonej w okolicy fabryki kwasu siarczanego, przyczem wielkie ilości kwasów wsiąkły w ziemię. Należało przyjąć, że do tego faktu należy odnieść prawie całą ilość kwasu siarkowego i znaczną ilość kwasu azotowego w wodzie.

5. Wpływ powodzi na wodociągi z wody gruntowej. Z doświadczeń swoich co do wpływu powodzi na wodociągi gruntowe doszedł K. do stwierdzenia faktu, że wylewy rzek zawsze wywołują zwiększenie bardzo wybitne ilości bakteryi wody wodociągowej, pobieranej z okolicy rzeki, zwiększenie to jednak nie sprowadza zazwyczaj szkody dla zdrowia konsumentów wody. W szczególności nie można było wykazać związku przyczynowego między epidemiami duru brzusznego, a powodziami w terenie wodociągu gruntowego. Jakkolwiek w Dreznie po powodziach prawie zawsze wzrasta wśród dzieci częstość zachorowań na nieżyt jelit, objawu tego nie mógł spostrzedz Kruse w wodociągach gruntowych, położonych nad Ruhrą i na podstawie poczynionych doświadczeń twierdzi, że w tej okolicy powodzie nie wywierają żadnego ujemnego wpływu na wodociągi gruntowe. Nadmiernie wysoką liczbę bakteryi w wodzie wodociągowej podczas powodzi tłómaczy K. gorszą filtracyą wody rzecznej, większą zawartością bakteryi w wodzie rzecznej w tym okresie, przedewszystkiem zaś przymieszką bakteryi ziemnych, osiadłych na dnie rzeki i tworzących wraz z mułkiem znakomitą warstwę filtrującą, a poruszonych silnemi falami powodzi. Nie można się spodziewać, by udało się zapobiedz zwiększeniu liczby bakteryi w wodociągach już gotowych; częściowo udać się to powinno przez urządzenia, zdążające do ograniczenia częstości i rozmiarów powodzi, jeziora sztuczne u źródlisk rzek, nad któremi leżą wodociągi, na miejscu zaś przez tamy poniżej wodociągu, czasowe wyłączenie poszczególnych studni i galeryi filtracyjnych, narażonych najwięcej podczas powodzi, przez wały ochronne, podniesienie poziomu terenu, wybrukowanie brzegów i wyłożenie terenu wodociągowego gliną i trawnikiem.

6. Sztuczne dostarczanie wody gruntowej. Wiele wodociągów gruntowych, położonych nad rzekami i w ich pobliżu, liczy na »sztuczną filtracyę« wody przez brzeg i dno rzeczne, niektóre z nich prawie wyłącznie na tej drodze otrzymują wodę. Woda ta tak co do ciepłoty, jak również i co do zawartości bakteryi, na ogół bywa bez zarzutu. Ujemną jednak stroną tej filtracyi podobnie, jak i filtracyi przez sztuczne filtry piaskowe, jest zapychanie się filtru mułem, czemu jednak zapobiegają okresowe powodzie, poruszające mułek, nagromadzony na dnie i brzegach rzeki, oraz mróz, którego wpływu nie zbadano jednak dotychczas dostatecznie. W razie zbyt nizkiego stanu wody w rzece, w braku powodzi, nagłych i silnych mrozów, radzić sobie można przez irygacyę gruntu wodą powierzchowną, o ile grunt składa się z materyałów dobrze filtrujących, żwiru i piasku o dostatecznej grubości. Lepsze usługi oddaje urządzenie rowów, połączonych z rzeką i przebiegających w niewielkiej odległości od studzien i galeryi filtracyjnych, zamkniętych śluzami przy dopływie i odpływie do rzeki. W nowszych czasach wyściela się rowy te celem podniesienia własności filtracyjnych ich dna warstwą piasku. Tego rodzaju urządzenia mają przyszłość i nadają się do urządzenia przy odpowiedniej budowie gruntu; zdaniem Krusego dostarczają one wody lepszej od sztucznych filtrów piaskowych, pod względem ciepłoty niegorszej — co do ilości bakteryi często od nich lepszej —, a tańsze są od nich w kosztach urządzenia.

7. Samooczyszczanie się wody w rzekach i jeziorach sztucznych (Talsperren) posiada dla higieny jedynie o tyle znaczenie, o ile odnosi się do bakteryi zakaźnych, lub »wskaźników« tychże. Metody wykazania pierwszych dają jedynie w rzadkich przypadkach wyniki pewne i wobec tego jesteśmy skazani na spostrzeżenia pośrednie co do trwania zakaźności wód zanieczyszczonych, a i spostrzeżenia te zależą od przypadku. Do tych spostrzeżeń zaliczyć trzeba fakt, że woda wodociągowa Paryża po przebiegu 140 klm w rurach zamkniętych, w ciągu 1½ dnia zakażona w r. 1894 i 1899, wywoływała ciężkie zakażenia durowe, oraz fakt, że woda w Lawrence (stan Massachussetts), przebywając w wielkim zbiorniku przez 2 tygodnie, nie traciła zakaźności w tym czasie. Również z doświadczeń autora, oraz innych wynika, że bakterye cholery i duru tak w wodzie stojącej, jak i bieżącej, nie ginęły rychło, a przynajmniej nie ginęły w ciągu kilku tygodni. Nie mamy również dowodów na to, by bakterye zakaźne ginęły w rzekach powierzchownych szybciej od bakteryi kałowych i naodwrót, według K. stąd też jedynym wskaźnikiem oczyszczenia się wód są liczby zawartych w nich bakteryi. Z licznych badań wynika, że w rzekach wielkich o szybkim biegu zmniejszenie liczby bakteryi na przestrzeni 15—27 klm jest bardzo nieznaczne, albo też zupełnie niewidoczne; w innych rzekach mniejszych i górskich (Izara, potoki Czarnolasu) oczyszczenie odbywa się szybko. Oczyszczenie się szybkie spostrzega się na rzekach, przebiegających jeziora; w każdym razie jest jednak niedostateczne pod względem higienicznym. Najlepsze wyniki otrzymuje się w wodach stojących i płynących wolno, szczególnie w jeziorach sztucznych (Talsperren). Badania autora, wykonane na jeziorze, zaopatrującem miasto Barmen, rzucają nowe światło na sprawę samoistnego oczyszczania się wody w tych jeziorach. Liczba bakteryi w wodzie tego jeziora bywa najmniejsza na wiosnę i w lecie, wzrasta zaś pod jesień, a przyczyną tego jest wielki dopływ nowej wody pod jesień, obniżenie ciepłoty, silne fale, deszcz i t. p. Najmniej ujemnego wpływu wywierają te czynniki na wodę zawartą w głębi jeziora. Do oczyszczenia dokładnego wody potrzeba wielu dni, a nawet tygodni, a zatem czasu, nadto działa tu naświetlenie, rozcieńczenie, siła ciężkości i brak pożywienia, w części zaś obecność pierwotniaków, której nie przypisuje K. zbyt wielkiego znaczenia. Któremu z czynników przypisać trzeba rolę najważniejszą, zależy od chwilowych i miejscowych warunków. Ile w tym procesie samoistnego oczyszczenia odnieść należy do czynników uorganizowanych, niższych tworów zoologicznych i botanicznych — w szczególności zielenic — oraz bakteryi, rozstrzygnąć muszą badania pracowniane i dokonane w naturze. W każdym razie — zdaniem Krusego — badania te wykażą, że dotychczas zanadto wielką rolę przypisywano działalności bakteryi.

8. Próby filtracyi na małą i wielką skalę. Praca niniejsza zasługuje na szczególniejszą uwagę ze względu na to, że dowodzi, iż pojęcia nasze o małej zdolności filtracyjnej piasku świeżego, niepokrytego warstwą mułku, czy warstewką filtracyjną, są błędne. Doświadczenia autora, wykonane z piaskiem rozmaitych okolic doliny łożyskowej Renu i Ruhry, umieszczonym w beczkach i silnie ubitym, odkażonym wodą karbolową, dowodzą, że piasek w warstwie o grubości 60—80 cm, a nawet i mniejszej, od samego początku filtracyi bardzo dobrze filtruje. Nawet przy bardzo wielkiej szybkości filtracyjnej 900 mm na godzinę przechodziło przez filtr tylko 1% bakteryi, zawartych w wodzie sączonej. Wyjątek pod tym względem stanowi piasek z okolicy Ruhry, zawierający przeszło 60% ziaren o średnicy poniżej 6 mm, a jedynie 10% ziaren o średnicy poniżej 0,94 mm. Największą ilość bakteryi mieściły warstwy najbardziej powierzchowne piasku, zlepione ze sobą rodzajem śluzu, dosyć znaczną ich ilość warstwy z głębokości 20 cm. Spuszczenie wody z filtru i ponowne napełnienie go z góry wywoływało zawsze wzmożenie się liczby bakteryi w przesączu. Znaczniejsza ciepłota wody sączonej, oraz wielka ilość bakteryi w niej sprzyja rozwojowi ich we filtrze, a tem samem daje przesącz pod względem bakteryjnym gorszy. Dłuższy ruch nieprzerwany filtra powoduje jego przepuszczalność, albo też przepuszczanie bakteryi, zatrzymanych w okresach działalności poprzednich. Usunięcie warstwy mułku na filtrach wodociągowych wywołuje według K. pogorszenie wyniku filtracyi 12-krotne. W doświadczeniach, dokonanych na wielką skalę na rowach, zasilających teren wodociągu gruntowego w Bochum i Steele, otrzymywał K. przy zwykłym stanie wody w wodzie wodociągowej najwyżej 0,1% bakteryi, któremi zakaził wodę rowu; ilość ta wzrosła najwyżej do 1% w razie nagłego i sztucznego wzniesienia stanu wody w rowach o 1,4 m ponad stan normalny. Niedostateczna działalność piasku i żwiru Ruhry, stwierdzona doświadczeniami pracownianemi, znikła w doświadczeniach na wielką skalę. Zdaniem K. sztuczne dostarczanie wody wodociągom gruntowym rowami, przebiegającemi przez teren wodociągowy, rokuje wiele nadziei. *L. Bier.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Wygodne kleszcze łącznie z igłą Deschampa podał Axhausen. Nadają się one znakomicie do zakładania mnogich podwiązek przy podwiązywaniu sieci, krezki i t. p. Kleszcze ma ciągle operator w ręce prawej i zgniata niemi dane miejsce, asystent zaś nawleka nitki i zakłada podwiązki. Zyskuje się przez to na czasie, bo nie trzeba ciągle zmieniać dwóch narzędzi, t. j. Deschampa i kleszczy do zgniatania. (*Münch. med. Wochs.* Nr 13). *K.*

Nagłe tworzenie się przerzutów w skórze przy leczeniu mięsaka grzbietu promieniami Röntgena spostrzegał Kanitz. Przypadki takie nie są odosobnione. (*Med. Klinik*, Nr 14). *A.*

Raka języka operuje Butlin, mający na tem polu może największe doświadczenie wśród współczesnych chirurgów, zawsze dwuczasowo. Najpierw usuwa gruczoły i podwiązuje tętnicę językową, a potem dopiero wycina język. Gruczoły, o ile nowotwór nie przekracza linii środkowej, wyjmuje B. tylko po stronie chorej. Ze 197 operowanych zmarło 20 bezpośrednio po operacyi, 26 wskutek przerzutów w ustach, 29 w gruczołach, 77 wyleczonych (krócej, niż 3 lata po operacyi 22, dłużej, niż 3 lata — 55). (*Brit. med. J.*, 2. I., 1909). *A.*

Przeszczepianie gruczołu tarczowego podług Salzera udaje się najlepiej sposobem Eiselsberga, t. j. pomiędzy powięź brzuszną, a otrzewnę, przyczem o wiele lepiej przyjmuje się u zwierząt tkanka gruczołu, jeżeli się ze szyi usunie gruczoł zupełnie, niż gdy wytnie się gruczoł na szyi tylko częściowo. (*Wiener klin. Wochs.*, Nr 11). *A.*

Przy operacyi ogólnego zapalenia otrzewnej radzi White operować sucho i nie płukać jamy brzusznej. Dbać natomiast należy o dokładne sączkowanie, zwłaszcza miednicy. Po operacyi chorych powinno się układać prawie siedząco. (*Brit. med. J.*, 9. I., 1909). *A.*

Przy stawach wrzekomych równie dobre usługi, a nieraz i lepsze, jak szew kostny, oddają podług Reinharda Stoelznera wstrzykiwania krwi i leczenie zastoiną. (*Inaug. Diss.* Monachium). *A.*

Gruźlicę krtani radzi Kraus leczyć naświetlaniem słonecznem. Chory siedzi przed lustrem plecami do słońca, wkłada sobie sam lusterko krtaniowe i kieruje promienie na krtań. Chorzy uczą się tego prędko; wyniki lecznicze bardzo dobre. (*Münch. med. Wochs.* Nr 13). *A.*

Błonę i jamę bębenkową znieczula Tiefenthal w następujący sposób: Najpierw na błonę bębenkową wpuszcza się na 15 minut 4 krople 20% kokainy z dodatkiem kropli suprareniny (1:1000). Potem przez dolny odcinek błony bębenkowej wkłuwa się igłę strzykawki i wpuszcza 2—4 kropli 5—10% kokainy z dodatkiem adrenaliny (w stosunku 1 adrenal.: 5 kokainy). Już w kilka sekund występuje zupełne znieczulenie. (*Münch. med. Wochs.* Nr 13). *A.*

Arsacetin podał Ehrlich w miejsce atoksylu, ponieważ atoksyl często działa trująco. Arsacetin ma być 4—5 razy mniej trujący. Wstrzykuje się go po 0,6 na raz. Mimo tych zapewnień, Ruette spostrzegał po wstrzyknięciu 3·6 grm tego środka (z powodu łuszczycy), wystąpienie zaniku nerwu ocznego i przestrzega też przed używaniem tego przetworu. (*Münch. med. Wochs.* Nr 14). *A.*

Kąpiele dziegciowe urządza Taege w bardzo prosty sposób według przepisu: *Ol. Rusci 150,0, L. Kali kaust. Ph. G.) 90,0 MDS.* Przed użyciem wstrząsnąć i z połową litra denaturowanego spirytusu pomieszać (na 2 wanny). (Kąpiele te są skuteczne w chorobach skórnych, jak wyprysku, łuszczycy, świerzbiączce i t. p.) (*Münch. med. Wochs.* Nr 14). *A.*

Marskość nerek u zwierząt wywołał Schlayer przez wstrzykiwania adrenaliny w miąższ nerek. (*Tow. lek. Tübingen*, 8. II., 1908). *A.*

Czynność ciałek nabłonkowych omawiał na posiedzeniu lek. wiedeńskich Falta. Wycięcie gruczołu tarczowego i ciałek bocznych, albo też wycięcie tylko tych ciałek, wywołuje objawy tężyczki i cukromocz po adrenalinie. Natomiast wycięcie samego gruczołu tarczowego (bez ciałek) nie wywoływało cukromoczu adrenalinowego. Zmiany te były przejściowe i trwały zwykle do paru tygodni. *A.*

Przy podawaniu małych dawek strontu ciężarnym zwierzętom uzyskuje potomstwo zdaniem Lehnerdta silne kości, natomiast przy dawkach wielkich występują zmiany, przypominające żywo krzywicę. (*Tow. lek. Halle*, 6. I., 1909). *A.*

Mór według Jordanskyego i Kladnitskyego przenosi się ze szczurów na ludzi za pośrednictwem pluskiew. J. i K. wykazali, że prątki moru w ciele pluskiew zachowują żywotność 10 dni i dłużej. (*Ann. d. Inst. Past.*, *mai*, 1908). *A.*

Tuberkuliny t. zw. żelazowej (t. j. otrzymanej ze starej tuberkuliny przez strącenie chlorkiem żelaza) używał do odczynu skórnego Ohm i doszedł do wniosku, że dodatni wynik dowodzi napewno tak u dzieci, jak i u dorosłych, obecności większego ogniska w ustroju, natomiast wynik ujemny nie ma praktycznego znaczenia i gruźlicy nie wyłącza. (*Med. Klinik*, Nr 14). *A.*

Dla zbadania, czy prątki gruźlicze leżą wewnątrz ciałek białych, czy luźno poleca Assmann następujący sposób barwienia: 1) minutę w gorącej karbol-fuchsynie, odbarwienie 5% kwasem siarkowym i wyskokiem bezwzględnym; 2) wymycie wodą i wysuszenie; 3) podbarwienie [40 kroplami] barwnikiem Jennera (Grübler, Lipsk) przez 5 minut; 4) obmycie wodą. Protoplazma leukocytów występuje wyraźnie w tonie szaro-różowym, jądra niebiesko, wszelkie inne drobnoustroje ciemno-niebiesko, protoplazma nabłonków brudno-czerwono, lub szaro-niebiesko, prątki gruźlicze czerwono, a, o ile leżą śródkomórkowo, otoczone jasnem polem. (*Münch. med. Wochs.* Nr 13). *A.*

Przetwory przysadki mózgowej polecają Renon i Delille w cierpieniach serca, tam gdzie ciśnienie krwi jest nizkie, natomiast przy zmianach aorty jest to leczenie przeciwwskazane. Dawka 0,2—0,4 proszku z gruczołu. Leczenie to dobrze jest stosować w przerwach leczenia naparstnicą. (*Soc. de ther. Paryż*, 9. XII., 1908). *A.*

Przy gośćcu stawowym osiąga się podług Leesa zawsze bardzo dobre wyniki przy stosowaniu salicylu, ale w dawkach znacznie większych, niż się to zwykle czyni. L. podaje salicylan sodu 10 razy dziennie w równych częściach ze sodą. Zaczyna od 10,0 grm i dodając dziennie 2—4 grm, dochodzi do 40,0. Powikłań L. nie spostrzegał. (*Brit. med. J.* 16. I.. 1908). *A.*

Obrzęk powiek jest podług Spriggsa często jednym z pierwszych objawów niektórych epidemii grypy. (*Brit. med. J.*, 12. XII., 1908). *A.*

Tak zwane przelotne białkomocze wydarzają się podług Schreibera dość często, trwają kilka godzin, i znikają bez śladu. U jednej chorej spostrzegał S. białkomocz po każdem badaniu górnych części brzucha i ucisku na aortę. Także u niektórych innych chorych udało się S. wywołać w ten sposób przelotny białkomocz, który odnieść należy do chwilowych zaburzeń krążenia nerkowego. (*Med. Klinik*, Nr 14). *A.*

Przy skazie moczanowej poleca Fenner *acidum thymicum* 3 razy dziennie po 0,52 (kołaczyki po jedzeniu). W razie zaostrzenia się sprawy zaleca F. dawki większe, w sprawach przewlekłych można podawać środek ten nawet i miesiącami. (*Lancet*, 19. XII., 1908). *A.*

Przeciwko drżączce starczej poleca Massaglia paratyreoidynę. (*Gaz. d. osp.* Nr 149, 1908). *A.*

Ciekawą statystykę cukrzycy w Szwajcaryi podaje Jan Ziegler (za rok 1901—1905). Śmierć z cukrzycy wypada do innych zgonów w stosunku 1: 300. Umiera 59% mężczyzn, a 41% kobiet, głównie po 60. roku życia, i to głównie z klasy zamożniejszej i więcej z ludności francuzkiej, niż niemieckiej. W 30% za przyczynę śmierci podano śpiączkę cukrzycową, zwłaszcza u młodych osobników, potem idą powikłania płucne i sprawy ropne. *A.*

Mleko wolne od cukru dla użytku chorych na cukrzycę podał Bomma. W smaku nie różni się ono od zwykłego, wyjałowionego mleka i daje się we flaszkach przechowywać długi czas. Niestety na razie wyrabiają to mleko tylko w Berlinie. *A.*

Porażenia błonicze od czasu wprowadzenia leczenia surowicą wcale nie stały się rzadsze, a nawet porażenia serca są częstsze. Twierdzi to Malynicz na podstawie 1391 przypadków błonicy ze szpitala dziecięcego w Zürichu. Porażenia przy leczeniu surowicą występują wcześniej i trwają krócej, niż dawniej, przyczem częściej występują porażenia kończyn, niż podniebienia i t. p. Według M. śmiertelność u porażonych od czasu wprowadzenia surowicy stała się nawet większą. (Zürich, 1908 wyd. *Akademia*). *A.*

Ważenie niemowląt w domu umożebnia tani przyrząd, podany przez Holzapfla, dający się dołączyć do każdej większej wagi domowej. (*Münch. med. Wochs.*, Nr 12). *K.*

Fałszowanie mięsa. Na 166 prób t. zw. siekanego mięsa u rzeźników wykazał Fränkel w 151 domieszkę siarkanu sodu. (*Kl. Jahrb.* XX., 3). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 31. marca 1909 r.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 72.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Bruner miał wykład: **O obecnych zagadnieniach promieniotwórczości.**

W dyskusyi zabiera głos Prof. Klecki, zapytując prelegenta, jakie mamy prawo sądzić, że przy doświadczeniach z ciałami promieniotwórczemi tylko pojedyncze niejako ładunki ciała promieniotwórczego bywają wyrzucane ku ścianom rury szklanej. Prelegent wyjaśnia tę sprawę.

3) Dr Nelken miał wykład p. t.: **Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego wartość rozpoznawcza w chorobach umysłowych i nerwowych na tle kiły powstających.**

Dyskusyę rozpoczął Prof. Jaworski, podnosząc, że obecnie próby Wassermanna wydają coraz lepsze wyniki. Mowca przytacza dane statystyczne ze spostrzeżeń Laschki i Löfflera, zebranych na bardzo wielkiej ilości chorych. W ustaleniu etyologii przy wiądzie rdzenia badanie to odgrywa rolę rozstrzygającą, bo jeśli daje stale ujemny wynik, to można przyjąć za przyczynę cierpienia uraz lub przeziębienie, jak to twierdzi Leyden. U chorych na kiłę, a pozornie wyleczonych, radzi Prof. J. przez długi szereg lat robić próbę Wassermanna i zawsze powtarzać swoiste leczenie, dopóki odczyn daje dodatnie wyniki. W pierwszych latach choroby należałoby kilka razy do roku robić powyższe próby. Po 35 latach niema już zwykle odczynu. — Dr Eisenberg robi uwagę, że przy rozmaitych zakażeniach zjawia się niekiedy zwiększona ilość globuliny, należy to więc brać pod uwagę nawet wtedy, gdy się stwierdzi objaw pleocytozy. — Prof. Piltz zwraca uwagę na praktyczne znaczenie odczynu Wassermanna we wczesnych okresach zniedołężnienia poraźnego, na tle kiły powstającego. Zdarza się bowiem często, że początkowym objawem jest tylko pewna depresya, naprowadzająca na myśl neurastenię. W razie dodatniego odczynu rozpoznanie uproszczone i leczenie odpowiednie. — Dr Szymanowski zapytuje, czy odczyn W. w płynie mózgowo-rdzeniowym występuje już wcześnie. — Dyskusyę zakończyły wyjaśnienia prelegenta. *Dr Damski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XII. Posiedzenie naukowe d. 16. kwietnia 1909.

I. Przewodniczący zawiadamia o mającym się odbyć w Poznaniu obchodzie 500-letniej rocznicy śmierci sławnego klinicysty polskiego Strusia; przedstawicielem Towarzystwa będzie Prof. Rydygier.

II. Kol. Prof. Kucera na prośbę zarządu przedstawia sprawę zarzutów podniesionych w jednym z dzienników przeciw kol. Hornungowi z powodu jego badań kontrolnych nad dezynfekcyą mieszkań, przeprowadzaną przez miasto. Po krótkiej dyskusyi polecono zarządowi zająć się tą sprawą i wydać odpowiednią opinię kol. Hornungowi, który się o nią zwrócił do Towarzystwa.

III. Kol. Selzer przedstawia **próby**, tyczące się czynności trzustki (Sahliego, Schmidta, Cammidgea) oraz dodatnie wyniki otrzymane przy stosowaniu próby Cammidgea.

IV. Kol. Orzechowski przedstawia 48-letniego chorego z wybitnemi **zmianami odżywczemi skóry** i jej wytworów (wypadanie włosów, kruchość paznokci i zębów, brak pocenia się, zmiany barwikowe), drżeniem, ogólnem osłabieniem. U chorego stwierdza się prawie zupełny zanik gruczołu tarczowego, pewne zboczenia w nerwach czuciowych i ruchowych, zapomocą rentgenizacyi powiększenie przysadki mózgowej i, zdaje się, obecność grasicy, nadto przerost narządu chłonnego. Trzustka, wątroba i nadnercze nie wykazują upośledzeń w wydzielaniu. Chory wykazuje nadto objawy niewielkiej **akromegalii**. Na skórze dość liczne guzki, które, jak badanie drobnowidowe wykazało, są tkanką martwiczą, naciekłą złogami soli wapniowych (bad. chemiczne). Prelegent stosuje u chorego pastylki tyreoidynowe; obecnie widoczne znaczne polepszenie.

Kol. W. Ziembicki przedstawia wynik badania wydzielin chorego. Podnosi obecność limfocytozy (50%), którą, jak to ostatnie badania wykazują, możnaby odnieść do grasicy, i w ogólności porusza sprawę działania grasicy na układ krążenia. Na podstawie ujemnego wyniku próby Cammidgea wyłącza cierpienie trzustki. W końcu mówi o zmianach grupy gruczołów »o wewnętrznem wydzielaniu«. Kol. Ostrowski okazuje i objaśnia zdjęcia rentgenowskie, wykonane w przedstawionym przypadku. Kol. Hornowski zgrubień członów palców nie uważa za objaw akromegalii, ale raczej za zmiany, dnie odpowiadające, tem więcej, że podobne zmiany były i u matki chorego, cierpiącej na dnę.

V. Kol. W. Ziembicki mówi: **O znaczeniu rozdzielania białka w moczu dla rozpoznania skrobiawicy nerek.** W dyskusyi zabiera głos kol. Opolski. *Nowicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Zakład ubezpieczeń dla wszystkich lekarzy austryackich projektuje Wydział austryackich Izb lekarskich ze względu na to, że do ubezpieczenia lekarzy nie są obowiązane wszystkie zatrudniające ich instytucye i że w niektórych przypadkach opłacane przez lekarzy premie są nieproporcyonalnie wysokie. Zakład nie polegałby na zasadzie wzajemności, lecz byłby towarzystwem akcyjnem. Do założenia potrzeba około 1,500.000 kor. kapitału, który zgromadzonoby przez wypuszczenie 7200 akcyi po 200 koron. Wydział Izb zajmuje się obecnie opracowaniem statutu Zakładu. *R.*

Instrukcya służbowa dla lekarzy gminnych Austryi niższej, wydane właśnie przez tamtejsze namiestnictwo, nakłada na nich następujące obowiązki: wykonywanie policyi zdrowia, stwierdzanie i usuwanie usterek sanitarnych, nadzór nad środkami żywności, zwalczanie partactwa lekarskiego, nadzór nad obłąkanymi, kalekami i podrzutkami, nie umieszczonymi w zakładach, zapomocą kontroli, wykonywanej przynajmniej raz do roku, interwencya wobec chorób zakaźnych, szczepienie i rewakcynacya przynajmniej raz w roku, bezpłatne badanie szupaśników, leczenie ubogich i podrzutków za osobnem wynagrodzeniem z powiatowych lub krajowych funduszów ubogich, zastępowanie lekarzy rządowych na wezwanie władz za wynagrodzeniem normalnem. — Za czynności urzędowe nie mogą lekarze od stron prywatnych żądać ani przyjmować żadnego wynagrodzenia. Lekarzom gminnym przysługują dyety po 7 koron dziennie, prawo do corocznego czterotygodniowego urlopu; koszta zastępstw muszą pokrywać sami lekarze gminni. *R.*

Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy warszawskich liczyła w r. 1908 (dziewiątym istnienia) 144 uczestników, którzy złożyli w ciągu roku 9639 rb.; rachunek wkładek członków zamknięto kwotą 37.341 rb. Pożyczek wypłacono w r. z. 10.342 rb., spłacono 11.800 rb., pozostaje na pożyczkach 14.962 rb. Czysty zysk w r. 1908 wynosił 1793 rb., na r. 1909 spodziewany jest zysk 1937 rb. *R.*

Kasa zapomogowa dla lekarzy i wdów po lekarzach w Bawaryi rozdała w r. 1908 zapomóg 17.817 marek. Majątek wynosi 357.060 marek. Kasa liczy 2583 członków, płacących 15.629 marek rocznie; stale zaopatruje ona 53 wdów i sierót kwotą 9625 marek rocznie. *X.*

Na konferencyi w sprawie ustaw o ubezpieczeniu w Budapeszcie domagał się sędzia Harkanyi wprowadzenia przy-

musu operacyjnego w razie, jeżeli są widoki, że operacya może przyspieszyć wyleczenie. Ze strony lekarzy podniesiono jednak protest, albowiem według ustawy nie wolno nikogo operować bez jego woli, z wyjątkiem małoletnich i umysłowo chorych. *X.*

W sprawie fizycznego wychowania młodzieży szkolnej wydało austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych do wszystkich władz szkolnych krajowych wystosowane rozporządzenie, w którem podnosi doniosłość ćwiczeń fizycznych dziatwy szkolnej i wskazuje na konieczność, aby wychowańcy seminaryów nauczycielskich uczyli się zabaw ruchowych. W tym celu mają być w seminaryach nauczycielskich wprowadzone osobne ćwiczenia popołudniowe pod kierunkiem wykształconych w tym względzie nauczycieli. Zarządy szkół mają zaś wejść w porozumienie z towarzystwami gimnastycznemi, pływackiemi, sportowemi i t. p. w sprawie uzyskania placów i przyrządów do zabaw. *R.*

Zwalczanie gruźlicy na Węgrzech postępuje raźnym krokiem. Do istniejących już 4 sanatoryów, 5 dyspensatoryów, 1 stacyi i 1 szkoły leśnej, przybyły niedawno 2 dalsze dyspensatorya i 1 sanatoryum. Na Węgrzech istnieje 13 towarzystw, zmierzających do budowy dalszych sanatoryów. *R.*

Śmiertelność osesków była w wielkich miastach całego świata w r. 1907 mniejsza, niż w poprzedniem siedmioleciu. Na 100 żywo urodzonych przypadało śmierci wśród osesków m. i. w Kairze 33·0, w Chicago 26·7, w Petersburgu 26·6, w Moskwie 26·3, we Wrocławiu 22·4, w Rouen 19·5, w Lille, Monachium i Poznaniu po 19·3, w Marsylii 17·9, w Warszawie 17·2, w New-Yorku 15·6, w Peszcie 15·5, we Lwowie 14·6, w Wiedniu 14·4. Najmniejszą śmiertelność miały: Aberdeen 2·6, Bordeaux 6·2, Christiania 7·7, Amsterdam 8·9, Zürich 9·5, Paryż 10·4, Berlin 11·2, Londyn 11·4, Grac 13·2 i t. d. *R.*

Śmiertelność w Rosyi wynosiła w r. 1906 29·2 pr. m. Lekarzy było w tym roku 17.096, felczerów i felczerek 21.670, szpitali 7.100 ze 167.000 łóżkami. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 18. IV. do 24. IV. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Brzeżany (Budyłów 6), Buczacz (Krasiejów 1, Zadarów 1, Płaszcza 7), Drohobycz (Medenice 3, Letnia 3, Mraźnica 3, Bolechowce 6), Gródek jag. (Gródek jag. 1), Horodenka (Hawrylak 10, Harasymów 3, Targowica 11, Czortowiec 33, Żywaczów 1, Głuszków 3, Obertyn 1), Jaworów (Lubienie 6), Kałusz (Sloboda nieb. 6), Kolbuszowa (Sokołów 1), Kołomyja (Słobódka polna 11, Siemakowce 5, Chomiakówka 2), Lisko (Łupków 3), Mościska (Małnów 1, Małnowska wola 3, Trzcieniec 4), Nadwórna (Pniów 12), Rawa (Ulhówek 1, Wulka mazow. 4), Sanok (Osławice 20), Skałat (Nowosiółka skał. 1), Śniatyn (Trościaniec 7, Rożnów 2), Stanisławów (Chomiaków 9), Stryj (Komarów 4), Turka (Turka 2, Ilnik 6), Zaleszczyki (Capowce 3), Żółkiew (Batiatycze 1), Żydaczów (Mikołajów 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 18. IV. do 24. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcy 1), płonicy 21 † 2, odry 1 (1), duru osutkowego 1 (1), duru brzusznego 4 (1), nagminnego zapalenia opon 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. IV. do 24. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 3 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca 1, płonicy 5 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 6 (5), gorączki połogowej 1 (1) *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 28. III. do 3. IV. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 3, płonicy 3, duru osutkowego 53 † 1, duru brzusznego 8 † 4, duru powrotnego 14, błonicy 1, róży 7, grypy 5. (*Gaz. lek.* 17).

W sprawie zmiany ustawy Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Zmiana ustawy Towarzystwa lekarzy galicyjskich będzie przedmiotem obrad najbliższego Walnego Zgromadzenia. Projekt zmiany opracowany został przez komisyę, wybraną w tym celu na ostatniem Walnem Zgromadzeniu, w porozumieniu z komisyą, wybraną przez Towarzystwo lekarskie krakowskie. Projektowane zmiany zmierzają do połączenia Towarzystw lekarskich w Galicyi w jedną całość i do wydatnego poparcia naukowych i humanitarnych celów tego zrzeszenia się.

Wobec wagi sprawy z uznaniem podnieść należy, że Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich zajęła się nią żywo i prosiła osobną odezwą wszystkie Sekcye o rozpatrzenie projektu, wzywając zarazem delegatów Sekcyi na naradę, która się ma odbyć dzień przed Walnem Zgromadzeniem, calem ustalenia wspólnego postępowania. To powszechne zainteresowanie się sprawą jest objawem bardzo korzystnym, bo rozwój takiej instytucyi, jak Towarzystwo lekarzy galicyjskich, tylko w takim razie może być pomyślny, jeżeli do niego przyłożyć zechce ręki ogół kolegów.

Do osiągnięcia jednozgodnego porozumienia, któreby pozwoliło odrazu i bez odwłoki dokonać pożytecznych reform, może przyczynić się rozpatrzenie głównych zasad projektowanych zmian i wyjaśnienie niektórych szczegółów. To wyjaśnienie jest celem niniejszych uwag.

Sekcya jarosławska wychodzi ze słusznego punktu widzenia, że Towarzystwo lekarzy galicyjskich ma dwa cele równie ważne, równie doniosłe, a mianowicie: 1) wspieranie wdów i sierot po lekarzach i 2) popieranie i szerzenie wiedzy lekarskiej. Niewątpliwie wszystkim lekarzom zależy na obu tych celach. Cele te stwarzają grunt, na którym się wszyscy spotykamy. Lekarz, któryby nie miał zrozumienia dla obu tych celów, stanąłby poza społecznością lekarską, ożywioną zawsze uczuciem ludzkości i zapałem do wiedzy i nauki.

Co do sposobu, jak obu tym celom ma Towarzystwo lekarzy galicyjskich zadość uczynić, musi nastąpić porozumienie. Wkładka roczna w Towarzystwie wynosi dotąd 20 K., jak przed 40 laty. Czy ta kwota wystarczy, aby szerzyć wiedzę lekarską w kraju i zapewnić wsparcia materyalne wdowom i sierotom? Popieranie wiedzy lekarskiej polega, jak wiadomo, przeważnie na tem, że się spostrzeżenia, wykłady, wyniki badań i prace naukowe ogłasza drukiem. Czynią to u nas obecnie dwa pisma lekarskie, wychodzące we Lwowie i w Krakowie. Na poparcie tego celu zamierza przeznaczyć Sekcya jarosławska po 10 koron od członka. W roku 1908 drukowały oba te pisma 136 prac oryginalnych, a obok tego prowadziły obfity dział sprawozdawczy, odźwierciedlający najważniejsze prądy obcego piśmiennictwa lekarskiego i ruch naukowy w Towarzystwach lekarskich polskich. Treść pism naszych należałoby jednak jeszcze więcej wzbogacić i ramy ich rozszerzyć, aby zaspokoić w należytej mierze potrzeby czytelników. Otóż do tego właśnie zmierza projekt nowej ustawy, opracowanej przez komisye statutowe we Lwowie i Krakowie. Według niego bowiem w przyszłości każdy członek Towarzystwa otrzymywałby oba pisma, a w ten sposób już przy obecnym stanie wydawnictw, materyał znacznie obfitszy. Niewątpliwą zaś okazuje się korzyść z takiego urządzenia wobec faktu, że pisma te mają się w przyszłości nawzajem uzupełniać. Nietylko w zakresie rozpraw oryginalnych będzie przeto czytelnik otrzymywać dwukrotnie więcej, ale i sprawozdawczy dział będzie rozszerzony w ten sposób, aby nowe w nim nabytki podzieliły się między oba pisma i aby się jedno i tosamo w obu pismach nie powtarzało. Członkowie Towarzystwa otrzymywać będą przez to jakby jedno pismo, w dwóch niejako oddziałach wychodzące i dwakroć bogatsze, a oparte w obu oddziałach na stalszych materyalnych podstawach, które zapewnią dalszy rozwój. Czy jednak ta postępowa reforma da się przeprowadzić, gdybyśmy zmniejszyli poparcie materyalne, udzielane pismom przez Towarzystwo? Od każdego członka płaciliśmy za jedno pismo przez blizko 40 lat po 13 K., a członkowie krakowscy po 14 K., a dziś przy olbrzymio wzmożonej produkcyi literackiej miałoby wystarczyć 10 K. chociaż druk, papier i administracya o tyle więcej kosztują, niż dawniej, objętość pisma wzrosła, a dla wypełnienia rosnących potrzeb czytelników należy im dostarczyć jeszcze obfitszego materyału? To też na razie potrzeba conajmniej 18 K. od członka na poparcie piśmiennictwa. Za tę kwotę będzie można członkom dostarczać oba pisma, na podstawie podanej powyżej kombinacyi, a dzięki temu, że pisma nasze, na żadne zyski nie obliczone, do kosztów wydawnictwa dokładają z innych jeszcze źródeł. Projektowana zmiana ustawy czyni w ten sposób zadość słusznemu postulatowi, aby Towarzystwo wypełniało jeden ze swych obu głównych celów w mierze odpowiadającej wymaganiom doby obecnej i nowoczesnym postępom umiejętności lekarskich.

Równie ważną, dla niektórych nawet ważniejszą jest rzeczą sprawa wspierania wdów i sierót. Dotąd kapitalizowaliśmy część dochodów, co według nowego projektu ustaje, skutkiem czego kwota na pensye i na wsparcia będzie znacznie większa. Nowy

bowiem projekt wychodzi z zasady, że żyjący organizm, jakim jest Towarzystwo, może się opodatkować, a świadczenia wzajemne muszą się równoważyć.

Nie można od nas żądać, abyśmy tylko sami składali kapitały dla następców, a trudno znowu się spodziewać, że za 10 K. rocznego świadczenia od członka, wdowy i sieroty mogą mieć dostateczne zaopatrzenie. Może to nastąpić dopiero w przyszłości, jeżeli się będzie udzielać wsparcia tylko wdowom i sierotom po lekarzach, którzy do Towarzystwa należeli, a ilość darów i zapisów się wzmoże.

Będzie tedy rzeczą układu, w jaki sposób można zadość uczynić potrzebom wsparcia wdów i sierót i potrzebom naukowym. Możnaby podnieść roczną wkładkę o pewną kwotę; gdyby zaś uchwalono, że wkładka ma wynosić tylko 20 K., jak dotąd, należałoby na razie podnieść subwencyę na wydawnictwa, a w przyszłości, kiedy wydawnictwa się ustalą, znowu podnieść subwencyę na wsparcie wdów i sierót. Na cel ten są przecież przeznaczone nietylko wkładki roczne, ale także dochody z majątku i funduszów, wynoszących obecnie kilkakroć sto tysięcy koron. Nawet przy wkładce 20 K. i udzieleniu na razie wydawnictwom żądanej subwencyi, będzie wsparcie dla wdów i sierót poważne. Gdyby np. wraz z Krakowem do Towarzystwa lek. gal. należało tylko 600 członków, tedy na subwencyę pism przypadałoby 10.800 K., na wsparcia zaś i pensye ze względu na odsetki funduszów znacznie wyższa suma. Nie można tedy powiedzieć, aby połowa dochodów szła na cele naukowe, a połowa na wsparcie, owszem, na wsparcia przeznacza się wiele więcej. Subwencya wreszcie na wydawnictwa jest tylko czasowa, w przyszłości Walne Zgromadzenie może ją obniżyć. Spodziewać się wreszcie należy, że przy pewnych zmianach w administracyi, przy lepszem zrzeszeniu się lekarzy, przy energicznem dopatrzeniu, aby każdy członek zadość czynił obowiązkom względem Towarzystwa, dochody Towarzystwa wzrosną.

I jeszcze jedna uwaga. Subwencya dla naszych wydawnictw nie jest jałmużną: za nią ci, którzy się krzątają koło pism, dają, czerpiąc z innych jeszcze źródeł, wiele więcej, niż dają za tę samą kwotę pisma zagraniczne, obmyślane na zysk. Nasze pisma lekarskie są wynikiem poczucia obowiązku względem piśmiennictwa lekarskiego; ten rozwój polskiego piśmiennictwa w najtrudniejszych warunkach jest poważnym objawem narodowej żywotności. Pomiędzy nami w Towarzystwie lekarzy gal. przeważna część członków z biegiem losu wsparcia nie potrzebuje, ale wszyscy czytać, kształcić się muszą. Dziwić się tedy nie można, że większość czuwać nad tem będzie, aby było co czytać i aby to, co się czyta, było coraz lepsze.

Sekcya jarosławska poruszyła także projekt kasy pogrzebowej na wzór »Samopomocy«; jestto rodzaj asekuracyi, która, jak dotąd, pozostaje poza celami Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Każdy członek Towarzystwa może, jeżeli chce, wstąpić do kasy pogrzebowej Krajowego Związku lekarzy (Samopomocy). Przymusowe wpisywanie członków byłoby podniesieniem wzajemnych świadczeń. Toczące się zaś układy pomiędzy Krajowym Związkiem lekarzy a Towarzystwem lekarzy galicyjskich może doprowadzą do skupienia agend filantropijnych.

Na koniec podnieść należy, że uwaga Sekcyi jarosławskiej o równych prawach i obowiązkach jest słuszna. Dlatego projekt ustawy zmierza do tego, aby wszyscy członkowie Towarzystwa lekarskiego w Krakowie należeli do Towarzystwa lekarzy galicyjskich, podczas kiedy dotąd mieli odrębne stanowisko. Z powyższego wynika, że ze względu na zgodę w zasadniczej rzeczy, dotyczącej celów filantropijnych i troski o szerzenie nauki lekarskiej, nie zachodzi istotna różnica pomiędzy projektem zmiany ustawy, rozesłanym przez Radę zawiadowczą członkom Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a projektem Sekcyi jarosławskiej. Chodzi tylko o sposób przeprowadzenia rzeczy. Delegaci Sekcyi na Walnem Zgromadzeniu znajdą niewątpliwie sposób, aby Towarzystwu lekarzy galicyjskich zabezpieczyć w przyszłości pomyślny rozwój, a mamy nadzieję, że uchwaleniem zmian ustawy stworzą warunki, które pozwolą wspólnemi siłami prowadzić do coraz większego rozkwitu instytucyę, zawdzięczającą swój początek przezornej i szlachetnej myśli naszych kolegów.

Drugi Zjazd balneologów polskich.

Przy udziale kilkudziesięciu uczestników, zarówno lekarzy, jak i przedstawicieli zarządów zdrojowisk, odbył się w dniach 23 i 24 kwietnia b. r. w Domu lekarskim w Krakowie drugi Zjazd balneologiczny. W gronie uczestników, oprócz przedstawicieli wszystkich zdrojowisk galicyjskich, znajdowali się wysłańcy zdrojowisk naszych z Królestwa. Towarzystwo balneologiczne polskie, które Zjazd ten zorganizowało, przygotowało na Zjazd pokaźny »Pamiętnik«, jako drugi tom swoich wydawnictw. Pamiętnik ten, obejmujący 15 arkuszy druku, zawiera oprócz sprawozdań z działalności Towarzystwa balneologicznego w latach 1905—1909 i z obrad krajowej ankiety balneologicznej, odbytej w r. 1906, rozprawy: prof. dra L. Korczyńskiego, dra Regieca, Damańskiego, inż. Morawskiego, dra Wąsowicza, Dobrzyckiego, Praschila, Grundzacha, Piotrowskiego, J. Jaworskiego, J. Zanietowskiego. Rozprawy te i artykuły dotyczą bądź to ogólnych zagadnień balneologicznych, wodoleczniczych itd., bądź poszczególnych zdrojowisk naszych, wskazań leczniczych i wyników leczenia, bądź spraw balneotechnicznych i stosunków ekonomicznych naszych zdrojowisk.

Obrady Zjazdu odbiją się szczegółowo i wiernie w publikacyach Towarzystwa balneologicznego polskiego. Tutaj wystarczy wobec tego w ogólnych tylko rysach podać przebieg Zjazdu i zaznaczyć, że świadcząc dodatnio o ruchliwości naszego Towarzystwa balneologicznego, stanowi on dowód, iż ogół naszych lekarzy zdrojowych coraz gorliwiej stara się skierować nasze zdrojownictwo na tory pomyślnego rozwoju.

W przeddzień Zjazdu odbyło się Walne Zgromadzenie Towarzystwa balneologicznego, na którem uchwalono podjąć kroki w sprawie utworzenia katedr balneologii na obu wszechnicach galicyjskich i w sprawie utworzenia komisyi zdrojowej przy Wydziale krajowym, oraz przy ministerstwie. Następnie przyjęto sprawozdanie Wydziału z ostatniego roku, w którem Wydział podnosi udział swój w zorganizowaniu bojkotu zdrojowisk pruskich, w ankiecie, zwołanej do Lwowa w celu założenia »Ligi zdrojowisk« i w przedstawieniu przy tej sposobności władzom najpilniejszych potrzeb zdrojownictwa krajowego. Wydział starał się usilnie o rozwój organu Towarzystwa, a najważniejszym w tym kierunku krokiem było zakupienie i złączenie z organem Towarzystwa drugiego pisma o pokrewnym kierunku, wydawanego w Krakowie. Towarzystwo liczyło w ostatnim roku 50 członków zwyczajnych, 6 wspierających i 8 honorowych. W końcu dokonało Walne Zgromadzenie wyborów, powołując do Wydziału Towarzystwa drów Aronsohna, Frączkiewicza, Pelczara, Regieca i Wąsowicza.

Zjazd, powitany przez Jana hr. Potockiego imieniem Towarzystwa balneologicznego polskiego, prof. dra Dobrowolskiego imieniem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, dziekana prof. Wachholza imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. dra Browicza imieniem Akademii umiejętności, dra Schneidra imieniem krajowego Związku turystycznego i dra Merza imieniem krajowego Związku przemysłowego, wybrał prezesami swoimi dra Bandrowskiego z Warszawy, dra Dłuskiego z Zakopanego i p. Grabowskiego, dyrektora Krynicy. Właściwe obrady Zjazdu rozpoczął wykład dra K. Dłuskiego i M. Rozpędzihowskiego p. t. »Wyniki badań krwi w gruźlicy wedle metody Arnetha, wykonanych w pracowni Sanatoryum«, poczem nastąpiły wykłady dra Wąsowicza i dra Z. Pelczara »O leczeniu przewlekłych chorób serca w zdrojowiskach krajowych«. Z zakresu lekarskiego odbyły się nadto wykłady dra Regieca »O koloniach leczniczych dla dzieci zołzowych«, dra Aronsohna »O leczeniu chorób kobiecych w zdrowiskach krajowych«, dra Zanietowskiego »O postępach przyrodolecznictwa i wodolecznictwa w świetle najnowszych i własnych spostrzeżeń«, dra Kupczyka »O wskazaniach w stosowaniu wodoleczenia«, dra Regieca »O zastosowaniu i działaniu leczniczem solanek rymanowskich w chorobach przewodu pokarmowego«, dra Turzańskiego p. t. »Wyniki leczenia zdrojowego zołzów w Iwoniczu w porównaniu z wynikami, osiągniętymi w Bad-Hall, Salzbad i uzdrowiskach morskich«.

Drugą część obrad Zjazdu stanowiły potrzeby naszych zdrojowisk i ich sprawy ekonomiczne. Prelegentami w tym dziale byli: dr Kmietowicz, Flis, Bandrowski itp. Z. Rosner, a przedmiotem obrad było ekonomiczne znaczenie naszych zdrojowisk i konieczne z tego względu inwestycye, ulgi podatkowe i inne, dalej urządzenie wystawy zdrojowisk, sprawa prasy zdrojowej i reklamy na usługach zdrojowisk.

Zarówno wykłady naukowe, jakoteż i referaty w sprawach ekonomicznych były punktem wyjścia bardzo ożywionych dyskusyi. W dyskusyach tych wyłonił się cały szereg doniosłych wniosków, których wykonanie polecił Zjazd częścią umyślnie wybranym komisyom, częścią zaś Wydziałowi Towarzystwa balneologicznego.

Uczestnicy Zjazdu zwiedzili w czasie wolnym od obrad zakład Zanderowski drów Wachtla, Merza i Staszewskiego, oraz Zakład zdrojowy w Swoszowicach pod Krakowem. Po zamknięciu Zjazdu odbyło się zebranie koleżeńskie, na którem wygłoszono szereg przemówień.

Zarówno żywe zajęcie, z jakiem uczestnicy Zjazdu brali czynny udział w obradach, jakoteż liczba i doniosłość uchwalonych wniosków są zadatkiem dalszego, pożytecznego działania Towarzystwa balneologicznego i pomyślnego rozwoju Zjazdów balneologicznych polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 28. IV. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Jaworski i Dr Korolewicz wykładali: »O opsoninach w schorzeniach gruźliczych i technice ich badania«, poczem przedstawili chorych klinicznych.

— Towarzystwo ginekologiczne krakowskie wybrało na r. b. prezesem Prof. Dra Rosnera, wiceprezesem Dra Cerchę, sekretarzem Dra Jareckiego, skarbnikiem Dra Lachsa.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Leon Rosławski, rodem z Mędrzechowa w Galicyi.

— »Przegląd zdrojowy« i »Przewodnik kąpielowy« połączyły się w jedno pismo pod nazwą »Przegląd zdrojowo-kąpielowy« pod redakcyą Dra Flisa i Dra Frączkiewicza.

— Uczniowie Prof. A. Witkowskiego ogłaszają odezwę, zapraszającą do składek na fundacyę imienia znakomitego naszego uczonego, przeznaczoną na stypendyum dla uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego, poświęcających się studyom w zakresie fizyki. Składki przyjmuje »Bank hipoteczny w Krakowie (na rachunek bieżący fundacyi im. Prof. A. Witkowskiego)« oraz »Dom bankowy H. Wawelberga w Warszawie« (Kotzebue 6).

— W Administracyi »Przeglądu lekarskiego« można nabywać rozprawę Dra W. Bugiela p. t. »Nasz najznakomitszy lekarz odrodzenia, Józef Struś (1510—1568)«, po 2 korony za egzemplarz. Całkowity dochód ze sprzedaży przeznaczony na wmurowanie nowej tablicy pamiątkowej Strusia w Poznaniu.

Lwów. Towarzystwo walki z gruźlicą ogłosiło swoje sprawozdanie za cały czas istnienia. Założone 14. października 1904, za inicyatywą głównie Dra T. Janiszewskiego, rozpoczęło Towarzystwo zrazu starania o założenie sanatoryum; myśl ta jednakże dla braku funduszów nie urzeczywistniła się, a gdy tymczasem zmieniły się nieco w całej Europie zapatrywania na znaczenie sanatoryów i rozpoczął się ruch w kierunku dyspenzatoryów, zwróciło Towarzystwo swoją działalność w tym nowym kierunku i 17. maja 1908 otworzyło pierwsze dyspenzatoryum we Lwowie, powierzając kierunek lekarski Drowi W. Czerneckiemu i d. H. Balabayderowi; opiekunką była p. Kwiatkiewiczowa. Z dyspenzatoryum korzystało po koniec r. 1908 117 mężczyzn i 72 kobiety; tylko u 33 z tych osób nie wykazano zmian gruźliczych. Oprócz działalności dyspenzatoryum według przyjętego we Francyi programu starało się Towarzystwo odosabniać zdrowe dzieci od chorych rodziców, umieszczając je w zakładach sierot i t. d. W ostatnim czasie rozpoczęło Towarzystwo starania o utworzenie kolonii leśnych. Oprócz funduszów ze składek członków i ofiar, uzyskało Towarzystwo z Tow. Czerwonego Krzyża 2000 kor. subwencyi, natomiast nie zdołało uzyskać żadnej subwencyi z państwowego funduszu przeciwgruźliczego, chociaż do tego wsparcia miało niezaprzeczone prawo. W wydziale Towarzystwa zasiadali zrazu Prof. Barwiński, Prof. Dr Gluziński (wiceprezes), Józef Hudec, Dr T. Janiszewski, Prof. Dr Jordan, Dr Lilien, Dr Legeżyński, r. dw. Dr Merunowicz, Dr E. Piasecki (sekretarz), Dr Stroynowski (skarbnik) i Antoni hr. Wodzicki (prezes). Na Walnem Zebraniu przed paru dniami zostali wybrani do Wydziału »Koła lwowskiego«: Prof. Dr Wiczkowski (prezes), Prof. Barwiński (wiceprezes), Dr Witold Ziembicki (sekretarz), Dr M. Bett i p. Piórkiewicz. Na zasadzie zmienionego statutu ma Towarzystwo rozciągnąć działalność swoją na cały kraj, tworząc w tym celu w większych miastach swoje »Koła«.

— Na Zjeździe pedagogicznym we Lwowie w d. 4. i 5. lipca b. r. będzie tematem obrad sekcyi wychowania fizycznego: »Wychowanie fizyczne w duchu potrzeb narodowych«. Temat ten podzielono na 3 części: 1) Higiena szkolna i służba zdrowia. 2) Ćwiczenia cielesne ze względu na rozwój sił fizycznych, zgodnie z zasadami higienicznemi i fizyologicznemi. 3) Higiena nauki szkolnej.

— Prof. Dr Mars wybrany został posłem na Sejm z kuryi większej własności powiatu nowosądeckiego.

— W klinice pedyatrycznej wakuje posada asystenta. Termin konkursu upływa 10 maja b. r. Podania wnosić należy do Wydziału lekarskiego.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Zofia Silberstein i Zygfryd Diamant, rodem ze Lwowa.

— Wydawany przez Dra S. Mikołajskiego miesięcznik esperancki »Voĉo de kuracistoj« rozwija się pięknie i pomyślnie. Od Nowego Roku 1909 przybrał »Voĉo« charakter pisma sprawozdawczego i w każdym z 5 dotąd wydanych zeszytów ogłosił po kilkadziesiąt streszczeń z prac naukowych lekarskich wszystkich zakresów i krajów. W Nrze 5 podaje Dr Mikołajski artykuł o prasie lekarskiej polskiej. Miesięcznik ten jedna sobie coraz liczniejszych zwolenników, a objętość poszczególnych zeszytów wzrosła od Nowego Roku przeszło w dwójnasób.

— Wzorowo urządzony zakład leczniczy prywatny, obejmujący 14 pokoi, 2 sale operacyjne chirurgiczne, salę porodową, leżalnię, wziewalnię, łazienki i t. d., zbudował Dr K. Solecki.

Warszawa. Zmarły niedawno w Wysokiem litewskiem Dr Karol Kobryniec zapisał Kasie im. Mianowskiego 50.000 rb. dla osób pracujących na polu naukowem, a 60.000 na stypendya, dalej 26.000 na sanatoryum w Rudce, oprócz tego mniejsze kwoty na szpitale i przytułki w Warszawie.

— Wystawa przeciwalkoholiczna w gmachu teatralnym trwać będzie od 27. IV. do 13. V. b. r. Urządzeniem jej zajął się z ramienia Towarzystwa higienicznego komitet z Dr Bregmanem na czele; na koszta zgromadzono z ofiar dobrowolnych 2500 rb. W czasie wystawy odbywać się będą odczyty popularne i pogadanki na tematy, ściśle z wystawą złączone. Po zamknięciu w Warszawie ma być wystawa przeniesiona do miast prowincyonalnych.

Z różnych stron. W Berlinie pracuje obecnie 161 kobiet, jako pomocnice w pracowniach naukowych w zakresie histologii, bakteryologii i serologii.

— Liczba kobiet słuchaczek na wydziałach lekarskich szwajcarskich równa się prawie liczbie słuchaczy mężczyzn, gdyż w r. b. zapisanych było 876 mężczyzn, 836 kobiet.

— Dr Elżbieta Blackwell, pierwsza kobieta, która zyskała doktorat medycyny, obchodziła niedawno w Londynie 60-letni jubileusz doktoratu.

— W Stanach Zjednoczonych ma powstać państwowy urząd zdrowia, którego projekt opracowuje, na zlecenie prezydenta Tafta, generał-lekarz Wyman.

Mianowani: Dr H. Sieczkowska asystentką zakładu obłąkanych w Münzingen w Szwajcaryi.

Redakcya otrzymała: Żychoń: O wymaganiach, jakie pensyonatom, hotelom i domom polecanym przez komisyę klimatyczną stawiać należy. Zakopane 1908. — Zielewicz: Nowe przyczynki do życiorysu Dra Karola Marcinkowskiego na źródłach archiwalnych osnute. Poznań 1908. — Pamiętnik polskiego Towarzystwa balneologicznego. 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1909:

Gazeta lek. Nr 14. A. Puławski: Ś. p. Teodor Dunin. Motz (c. d.). — Nr 15. Bychowski: O niektórych wskazaniach do radykalnej i paliatywnej trepanacyi w nowotworach mózgu. Kijewski (c. d.). Motz (dok.). Waszkiewicz (dok.). — Nr 16. Puterman i Breszel: Przyczynek do wrzodziejącego zapalenia gardła, wywołanego przez laseczniki wrzecionowate. Kijewski (c. d.). Bychowski (c. d.). — Nr 17. Świątecki: Przypadek »nerki chirurgicznej«, leczony odłuszczeniem torebki nerkowej. Kijewski (dok.). Bychowski (c. d.). Królikowski: Praktyczna wskazówka dla szczepiących ospę.

Medycyna i Kronika lek. Nr 14. Oszman i Sarcewicz: Przypadek międzyżebrowej przepukliny trzewiowej. Eiger (c. d.). — Nr 15. Saks: Jedenaście przypadków cięcia cesarskiego z zejściem pomyślnem dla matek i dzieci i kilka uwag o postępo-

waniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych. Eiger (dok.). — Nr 16. Wasserthal: O wpływie odżywiania przez odbytnicę na wydzielanie soku żołądkowego. Saks (c. d.). — Nr 17. Judt: Przyrząd do określania całkowitego kwasu solnego w soku żołądkowym. Wasserthal (dok.).

Tygodnik lekarski Nr 13. Kowalski: O znaczeniu przekrwienia odczynowego. Marischler (c. d.). — Nr 14. Wilenko: O wpływie kwasu glutarowego na florydzynowy cukromocz. Marischler (dok.). Reis: Operacya zaćmy w pierwszej połowie XVIII. stulecia. — Nr 15. Papée: Zmiany kiłowe na błonach śluzowych o charakterze wczesnym, 10 względnie 13 lat po zakażeniu. Kwietniewski: Karol Darwin. Reis (c. d.). — Nr 16. Bocheński: Przypadek obumarcia płodu w czasie ciąży z powodu błoniastego przyczepienia pępowiny. Reis (c. d.).

Nowiny lekarskie Nr 4. Rychliński: Ś. p. Teodor Dunin. St. Serkowski: Kolonie-olbrzymy i kolonie-ruchome drobnoustrojów. Malinowski: Wyniki badań nad próbą Wassermanna w przymiocie. Wretowski: Własności odkażające mydeł dezynfekcyjnych. St. Zieleniewski: Porównawcze określenie ilości azotu w moczu. J. Wiśniewski: Nowe podłoże dla dwoinek Neissera i meningokoków. S. Starkiewicz: Przyczynek do zakażeń mieszanych w stanach zapalnych gardzieli. K. Kaczyński: Zestawienie hemolitycznych własności niektórych gatunków drobnoustrojów. St. Serkowski: Index opsonicus. Bieliński (c. d.). A. Wrzosek: Józef Mianowski.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warsz. Zesz. 1. i 2.: Rzętkowski: O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich. Otto: Arterioskleroza u zwierząt i jej stosunek do arteriosklerozy u ludzi. Giedroyć (c. d.).

Odczyty kliniczne 1909. Serya XVIII. Zesz. 1—3: Kamieński: Zasady żywienia dzieci. Zesz. 4—5. Skłodowski: O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacyi w kamicy nerkowej niepowikłanej.

Ginekologia Tom II. Zesz. 5. i 6.: Wojciechowski B.: Uwagi nad pięciu przypadkami cięcia cesarskiego sposobem Fritscha. Dobrowolski: Sprawozdanie z kliniki położniczej krakowskiej. Lachs: Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

Postęp okulistyczny Nr 2. i 3.: Rosenhauch: Zapalenia rogówki z hypopyon o rzadkiem podłożu bakteryologicznem.

Przegląd higieniczny Nr 4: Mołczański (dok.). Kaczorowski (dok.).

Zdrowie Nr 4: Jaroszyński: Rzut oka na piśmiennictwo polskie w sprawie alkoholizmu.

Kronika dentystyczna Nr 4. Fabianówna: O zastosowaniu szyn przy złamaniach szczęk. Frejdkin: Wynik oględzin zębów uczniów II. warszawskiego gimnazyum męskiego. Ziemens: Kilka słów o naprawianiu zębów ćwieczkowych.

Głos lekarzy Nr 8: Mikołajski: Środki zaradcze przeciw partactwu leczniczemu. Klęsk: Czy lekarzom wolno i wypada strajkować? Kleider: Opinia do ankiety międzynarodowej w sprawie tajemnicy lekarskiej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 5. maja 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye. 2) Doc. Gliński: O skręceniu osiowem macicy.